Gupta Strategists

Verkenning van de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in de verpleeghuiszorg

Eindrapportage

Mei 2015

Inhoudsopgave

0. Samenvatting

Gupta Strategists heeft in opdracht van Vilans onderzoek uitgevoerd naar de samenhang tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in verpleeghuizen. Dit onderzoek bestond uit drie onderdelen: (1) een breed aanbiedersonderzoek op basis van openbare bronnen, (2) een literatuuronderzoek naar de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in de ouderenzorg en de brede gezondheidszorg en (3) casus onderzoek naar aanbieders die een goede prestatie leveren op zowel kwaliteit als bedrijfsvoering.

Het **aanbiedersonderzoek** laat allereerst zien dat er aanzienlijke variatie bestaat in de meetbare prestatie op kwaliteit (CQ-index) en de financiële, operationele en marktprestatie. Verder blijkt dat er geen of zwakke statistische verbanden bestaan tussen indicatoren voor bedrijfsvoering en kwaliteit. Wel vinden wij een (kleine) positieve correlatie tussen de CQ-score en indicatoren van goede resultaten op bedrijfsvoering, zoals winst, eigen vermogen en arbeidsproductiviteit.

Op basis van deze analyse op openbare databronnen is er dus enige indicatie dat financiële gezondheid hand in hand gaat met hogere klantbeleving (betere CQ-score). Andersom: er is in ieder geval geen bewijs dat een goede prestatie op bedrijfsvoering zou samenhangen met een lage score op de CQ-index.

Laatste conclusie is dat de beschikbare indicatoren voor kwaliteit - met name de CQ-index en de zorginhoudelijke indicatoren – tekort lijken te schieten in onderscheidend vermogen, tijdigheid en betrouwbaarheid van de meting.

Het tweede onderdeel van het onderzoek is een **literatuurstudie** naar wetenschappelijke publicaties sinds 2000 over de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in de zorg. Er zijn slechts 83 artikelen gevonden, tekenend voor de nog beperkte ontwikkeling van het onder-zoeksveld. Van deze artikelen is 63% uitgevoerd in ziekenhuizen, 24% in verpleeghuizen en 13% in een ander zorgdomein.

Uit deze literatuur komt geen consistente relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering naar voren. 32 studies (40%) vindt een negatieve samenhang (hoge kosten = lage kwaliteit), terwijl 27 onderzoeken (34%) een positieve correlatie vinden (hoge kosten = hoge kwaliteit). Ook de uitkomsten van publicaties over verpleeghuizen zijn niet eenduidig. Gezien de beleidsrelevantie ligt er een kans om dit grotendeels onontgonnen onderzoeksterrein te ontwikkelen, bijvoorbeeld door de ontsluiting van gevalideerde gegevens als basis voor gedegen onderzoek.

Tenslotte is een **casus onderzoek** uitgevoerd bij een viertal aanbieders met een goede score op zowel doelmatigheid als kwaliteit van zorg – met alle beperkingen in meetbaarheid van publiek beschikbare indicatoren voor kwaliteit. Hierin is bekeken welke kenmerken deze organisaties overeenkomstig hebben en welke niet. Bij de interpretatie van de uitkomsten past bescheidenheid: het is gegeven de onderzoeksopzet niet mogelijk om feitelijke relaties te bewijzen; het enige wat dit onderzoek kan aantonen zijn overeenkomsten en/of verschillen tussen de onderzochte aanbieders. Een overeenkomst verklaard wellicht de goede prestatie, terwijl een verschil impliceert dat deze factor niet relevant is.

De sterkste overeenkomsten tussen de onderzochte zorgaanbieders zijn:

1. Consistent en meerjarig beleid: bestuurders verbinden zich voor lange termijn aan beleid en dragen dit beleid consistent uit
2. Attent werkgeverschap: veel aandacht voor medewerkersbetrokkenheid en verzuim
3. ‘MKB-mentaliteit’: kritisch en praktisch kijken naar inkomsten, uitgaven en organisatie
4. Weinig overhead: weinig managementlagen, efficiënte ondersteunende diensten
5. Goede afspraken zorgkantoor: beperkte kortingen op maximumprijzen NZa
6. Veel zorgpersoneel: relatief hoge inzet van personeel op de werkvloer
7. Weinig uitzendkrachten: lage inzet uitzendkrachten t.o.v. sectorgemiddelde

Een aantal verwachte overeenkomsten troffen wij daarentegen niet aan, namelijk geen specifiek hoge inzet verpleegkundigen, geen sterk ingebedde aanpak voor verbeteren, geen specifiek kwaliteitsbeleid (was divers) en geen groot belang van moderne faciliteiten.

Op basis van alle bevindingen in dit onderzoek doen wij de volgende aanbevelingen:
1. Meer gestructureerde en tijdige meting van cliëntervaringen
2. Aandacht voor betrokkenheid medewerkers
3. Hanteer een vorm van aansturing die MKB-cultuur en eenvoud stimuleert
4. Stimuleer intercollegiale kennisuitwisseling, juist ook tussen aanbieders
5. Creëer meerjarenzekerheid
6. Kies type en uitvoering veranderprocessen zorgvuldig
7. Stimuleer publicatie van verbeterinitiatieven

Wij adviseren om vervolgonderzoek te doen aan de hand van deze aanbevelingen.

1. Aanleiding onderzoek

Zoals verwoord in de Kamerbrief van 12 juni 2014 is kwaliteitsverbetering van de verpleeghuiszorg een belangrijk speerpunt van de huidige regering. Omdat steeds meer mensen zorg thuis zullen ontvangen zal de zorg in verpleeghuizen in de toekomst complexer van aard zijn. Om deze ontwikkeling bij te benen moet de kwaliteit van zorg omhoog. Daarbij is veiligheid het startpunt, van waaruit goede zorg zich richt op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.

Het belang van kwaliteitsverbetering wordt onderstreept door een rapportage van de IGZ[1]. In een onderzoek op basis van 400 onaangekondigde bezoeken aan zorgaanbieders concludeert zij dat de kwaliteit – vooral in termen van veiligheid - beter kan en moet op de volgende thema's:

- Personele inzet en deskundigheid is niet voldoende afgestemd op de zorgbehoeften van de cliënt;
- Zorgplannen worden onvoldoende systematisch gebruikt;
- De resultaten van beleid gericht op terugdringen van vrijheidsbeperking en op gebied van medicatieveiligheid blijven achter bij de verwachting;
- Bij veel verpleeg- en verzorgingshuizen zijn er tekortkomingen in de zorg: zorgaanbieders werken te weinig aan structurele verbeteringen.

Om meer inzicht te krijgen in hoe kwaliteitsverbetering mogelijk is heeft Vilans aan Gupta Strategists allereerst gevraagd om een **breed aanbiedersonderzoek** uit te voeren naar de relatie tussen kwaliteit, bedrijfsvoering en aansturing van organisaties in de ouderenzorg. Dit onderzoek geeft inzicht in de vraag hoe resultaten op bedrijfsvoering samenhangen met resultaten in termen van kwaliteit. Het onderzoek is gebaseerd op publiek beschikbare gegevens, zoals winstgevendheid, scores op de CQ-index, ziekteverzuim, enzovoort. Meer dan 90% van alle aanbieders van intramurale ouderenzorg is in het onderzoek vertegenwoordigd. In deze rapportage doen wij verslag van de uitkomsten van dit onderzoek.

Voorts heeft Gupta Strategists op verzoek een **literatuuronderzoek** uitgevoerd naar de relatie tussen kwaliteit en doelmatigheid van intensieve ouderenzorg en de brede gezondheidszorg. Daarvoor zijn alle relevante beschikbare publicaties op dit thema sinds 1990 grondig geanalyseerd.

Het derde en laatste onderdeel is de uitvoering van **case study onderzoek** naar aanbieders die een goede prestatie leveren op zowel kwaliteit als bedrijfsvoering. Doel van dit onderzoek naar koplopers is om inzicht te krijgen in welke interventies zij hebben toegepast om kwaliteit en financiën in een goede balans te krijgen en wat daar de meest relevante leerpunten zijn voor andere zorgaanbieders.

Dit rapport geeft een nadere toelichting op de onderzoeksopzet (hoofdstuk 2), de bevindingen van het brede aanbiedersonderzoek (hoofdstuk 3), de uitkomsten van het literatuuronderzoek (hoofdstuk 4) en het onderzoek naar best practices middels case studies (hoofdstuk 5). Op basis van deze inzichten beschrijft hoofdstuk 6 de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering. Vervolgens concludeert hoofdstuk 7 waar de kansen liggen voor verbetering van kwaliteit. De bijlagen bevatten meer gedetailleerde informatie over de onderzoeksopzet.

[1] IGZ, Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam, juni 2014

2. Opdracht en onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk omschrijft de opzet van het onderzoek dat Gupta Strategists heeft uitgevoerd.

2.a Onderzoeksopzet breed aanbiedersonderzoek

Openbare bronnen bieden de mogelijkheid om de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering snel en breed te onderzoeken. Beperking is de beschikbaarheid van meetbare gegevens. Drie typen vragen stonden centraal bij het brede aanbiedersonderzoek:

1) Hoe presteren de verschillende aanbieders binnen de verzorgings- en verpleeghuiszorg op indicatoren voor kwaliteit en bedrijfsvoering? Zijn er structureel zwakke of sterke prestaties voor (bijna) alle aanbieders of zijn er juist grote verschillen tussen aanbieders?
2) Wat is de samenhang tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in de verzorgings- en verpleeghuiszorg? Leidt een sterke bedrijfsprestatie ook tot betere kwaliteit? Leidt een slechte bedrijfsprestatie tot slechte kwaliteit? Wat bepaalt dat een instelling koploper kan zijn, terwijl andere aanbieders binnen hetzelfde financierings- en indicatiestelsel juist achterblijven?
3) Is de manier waarop wij kwaliteit meten voldoende relevant en betrouwbaar? Is er voldoende zicht op kwaliteit van verzorgings- en verpleeghuiszorg?



Figuur 1– stappen in de uitvoering van het brede aanbiedersonderzoek

Het brede aanbiedersonderzoek is in drie stappen uitgevoerd (zie figuur 1):

Stap 1: verzameling van data voor het brede aanbiedersonderzoek

Voor het aanbiedersonderzoek zijn vijf openbaar beschikbare databronnen gebruikt:

1. Jaarverslagen, afkomstig van DigiMV: gegevens uit jaarverslagen zijn de basis voor inzicht in de financiële en operationele prestaties van aanbieders. Voor een aantal aanbieders zijn verbeterprojecten in kaart gebracht op basis van de tekst in het jaarverslag.
2. KiesBeter.nl: deze website geeft de tweejaarlijkse cliënttevredenheidscores van aanbieders weer op de CQ-index. De gemiddelde scores zijn per vraag en per locatie gebruikt voor analyse. Daarnaast zijn ook zorginhoudelijke indicatoren betrokken in de analyse zoals deze vermeld staan op KiesBeter.nl.
3. ZorgkaartNederland.nl: deze website biedt cliënten en naasten de mogelijkheid om een zorgaanbieder te beoordelen. De beoordelingen per locatie op zes deelonderwerpen (o.a accommodatie, behandeling, afspraken,) zijn gebruikt om de cliënttevredenheid te meten.
4. Centraal Bureau voor Statistiek (CBS): het CBS geeft onder andere inzicht in het totaal aantal inwoners per regio per leeftijdsklasse.

Voor de analyse zijn twee parameters gebruikt om kwaliteit van zorg te meten en 11 parameters om aspecten van de bedrijfsvoering te meten, gegroepeerd naar marktprestatie, operationele prestatie en financiële prestatie:
Kwaliteit:

1. CQ-index: gemiddelde score CQ-enquête
2. Zorgkaart Nederland score: gemiddelde score online ingevulde Zorgkaart Nederland vragenlijst

Bedrijfsvoering:

- Marktprestatie
    1. Groei productie intramuraal: productie intramuraal in dagen in jaar t / Productie intramuraal in dagen in jaar t-1
    2. Keuzevrijheid: aantal concurrerende concerns in postcode gebied van instelling
    3. Praktijkvariatie: aantal verwachte intramurale cliënten in zorgkantoorregio o.b.v. demografie / werkelijk aantal intramurale cliënten in zorg
- Operationele prestatie:
    4. Bedieningskosten arbeid: arbeidskosten per ‘cliënteenheid’ (gemiddelde cliënt in Nederland)
    5. Bedieningskosten inkoop: inkoopkosten per ‘cliënteenheid’
    6. Arbeidsproductiviteit: cliënteenheden per fte
    7. Kosten per fte: personeelskosten per fte
    8. Verzuim: gemiddeld percentage verzuimdagen van personeel
    9. Verloop: aantal fte dat per jaar uitstroomt / totaal aantal fte werkzaam bij instelling
- Financiële prestatie:
    10. Winstgevendheid: resultaat na buitengewone lasten / totale omzet
    11. Budgetratio: eigen vermogen / totale omzet

Stap 2: analyse van relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering
Vervolgens is de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering geanalyseerd. Alle aanbieders in Nederland die 70% of meer van de omzet verkrijgen uit intramurale zorg zijn per parameter gesorteerd van hoogste naar laagste score. Vervolgens zijn de aanbieders per indicator ingedeeld in 10 even grote groepen (decielen) en is daar een score aan gekoppeld van 1 (laagste deciel) tot 10 (hoogste deciel).

Voor de decielscore op alle indicatoren voor de prestatie op bedrijfsvoering is de correlatie bepaald met de decielscore op de CQ-index en op de beoordelingen van ZorgkaartNederland. De

correlatie geeft weer in welke mate de verschillende indicatoren voor bedrijfsvoering samenhangen met de kwaliteitsindicatoren.

Stap 3: verdiepen inzicht in samenhang tussen kwaliteit en bedrijfsvoering voor 10 aanbieders
In de derde stap is de prestatie van tien individuele zorgaanbieders verdiept, waarbij de prestaties zijn vergeleken met landelijke gemiddelde prestaties en aanbieders uit dezelfde regio. De tien geïncludeerde aanbieders zijn door Vilans geselecteerd, waarbij geprobeerd is aanbieders te includeren met variatie in omvang, verpleeghuisdoelgroep, stedelijkheid en reputatie op kwaliteit en bedrijfsvoering. Per aanbieder is een factpack gemaakt met inzichten over hun prestatie. Tot slot zijn de inzichten besproken met het bestuur van de geselecteerde aanbieders om de resultaten te duiden.

2.b Onderzoeksopzet literatuuronderzoek

Wetenschappelijke literatuur biedt een inhoudelijke basis om de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering beter te begrijpen. Concreet was het doel van het literatuuronderzoek tweeledig:

1) Een overzicht creëren van het beschikbare bewijs dat een betere bedrijfsvoering tot betere kwaliteit van zorg leidt en vice versa.
2) Beter begrijpen welke factoren positief of negatief bijdragen aan een betere bedrijfsvoering en betere kwaliteit van zorg.

Het literatuuronderzoek is in drie stappen uitgevoerd (zie figuur 2).



Figuur 2 – stappen in de uitvoering van de literatuurstudie

Stap 1: voorbereiden literatuuronderzoek

De eerste stap was het opstellen van een lijst met zoektermen waarop de literatuur is doorzocht en de keuze voor een zoekmedium. Zoekwoorden zijn in het Engels gedefinieerd en ingedeeld in drie groepen, namelijk zoekwoorden gerelateerd aan kwaliteit, bedrijfsvoering en het zorgdomein. Zie tabel 1 voor een overzicht van de gebruikte zoekwoorden. Google Scholar[2] is gekozen als zoekmedium.

Tabel 1 – Overzicht van Engelse zoekwoorden gebruikt voor de literatuurstudie

Zoekwoorden kwaliteit	*Zoekwoorden bedrijfsvoering*	*Zoekwoorden sector*
– Quality	– Costs	– Elderly care
– Net promotor score	– Productivity	– Elderly homes
– Incidents	– Absenteeism	– Care homes
– Mistakes	– Profit	– Nursing homes
– Complaints	– Financial result	– Hospital
– Complications	– Efficiency	– Healthcare
– Satisfaction	– Operations	– Health care
– Waste	– Finance	
	– Operational excellence	
	– Reimbursements	

Stap 2: zoeken van literatuur

Met behulp van Google Scholar is gezocht op alle mogelijke combinaties van de zoekwoorden uit de groepen kwaliteit, bedrijfsvoering en de sector (in totaal 480 combinaties). Per zoekcombinatie zijn van de eerste tien resultaten de titel en samenvatting beoordeeld op relevantie voor het onderzoek. Onderzoeken zijn als relevant betiteld als:

a) Het artikel een onderzoek beschrijft waarin de relatie tussen (enige vorm van) kwaliteit van zorg en bedrijfsvoering (in enige vorm) is onderzocht. Onderzoeken die alleen op kwaliteit of alleen op bedrijfsvoering gericht zijn, zijn niet meegenomen.
b) Het artikel in een peer-reviewed wetenschappelijk tijdschrift is gepubliceerd. Dit om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen.
c) Het artikel is gepubliceerd ná 1990. Dit om te waarborgen dat de resultaten zo relevant mogelijk zijn voor de huidige inrichting van de zorg.

Als de eerste tien resultaten meer dan vier relevante artikelen bevatten, dan zijn de volgende tien resultaten beoordeeld en zo verder. Vervolgens zijn ter extra controle de volledige referentielijsten van de gekozen relevante artikelen doorlopen en op basis van titel en abstract beoordeeld op relevantie.

Stap 3: rapporteren van bevindingen

Voor alle relevante artikelen is het volledige onderzoek gelezen en zijn de relevante kerngegevens uit de artikelen verzameld. Denk hierbij aan titel, auteur, jaar, land, type studie, zorgsegment, enzovoort. Vervolgens zijn de artikelen samengevat en beoordeeld. Bij het beoordelen van de artikelen zijn o.a. de volgende elementen gestructureerd in kaart gebracht: welke kwaliteits- en bedrijfsvoeringsindicator(en) zijn gemeten, wat is getoetste associatie (bijvoorbeeld hogere kwaliteit kan tegen lagere kosten), wat is de kracht van de gevonden associatie (0 t/m 5), wat is

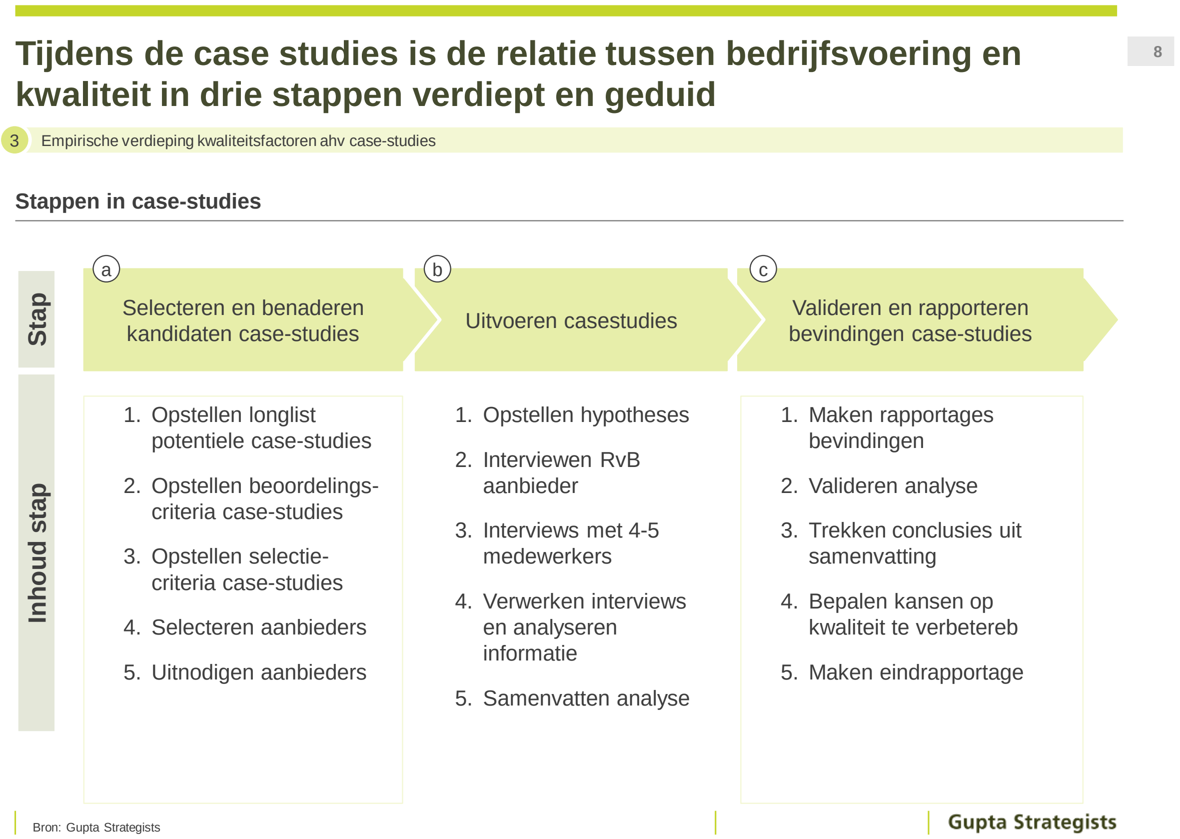
[2] Google Scholar maakt de volledige tekst van wetenschappelijke artikelen uit verschillende disciplines doorzoekbaar. De Google Scholar-index bevat de meeste online peer review-tijdschriften van de grootste westerse wetenschappelijke uitgevers. Ook bevat Google Scholar veel wetenschappelijke boeken en tijdschriften die niet met peer reviewed zijn. Zie https://scholar.google.nl/

de kracht van de onderzoeksopzet (0 tm 5) en in hoeverre zijn de bevindingen generaliseerbaar (0 t/m 5). Tot slot zijn de resultaten van alle artikelen onderbracht in één gegevensbestand om vergelijkingen en conclusies mogelijk te maken.

2.c Onderzoeksopzet case studies

Het casusonderzoek heeft tot doel om de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering empirisch te onderzoeken bij een aantal geselecteerde aanbieders. Om de omvang van het onderzoek te beperken is besloten om het onderzoek uit te voeren bij vier aanbieders die bovengemiddeld goed presteerden op de huidige prestatie of de ontwikkeling van zowel kwaliteit als bedrijfsvoering.

De beperking tot vier aanbieders en tot goed presterende instellingen maakt dat feitelijk vaststellen van de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering niet mogelijk is. Daarom is het casusonderzoek vooral gericht op het identificeren van eigenschappen die goed presterende instellingen overeenkomstig hebben en het identificeren van kansen om de kwaliteit van de ouderenzorg in brede zin te verbeteren. Wij benadrukken hier nogmaals dat de onderzoeksopzet geen causaal verband aan toont. Het casusonderzoek is in drie fases uitgevoerd (zie figuur 3).



Figuur 3 – stappen in de uitvoering van het casusonderzoek

Stap 1: Selecteren en benaderen kandidaten case studies

De eerste stap van het casusonderzoek is het selecteren van aanbieders voor de case studies. Dit is op de volgende manier gebeurd:

1. Voordracht door stakeholders: Vilans heeft kandidaten voorgedragen op basis van hun kennis en ervaring over prestaties van de organisatie ten aanzien van kwaliteit en bedrijfsvoering

2. **Selectie op basis van objectieve criteria: Gupta Strategists heeft 'koplopers' en 'snelle stijgers' geïdentificeerd op basis van openbare gegevens over kwaliteit en bedrijfsvoering. Koplopers zijn aanbieders die drie jaar achter elkaar bij de beste 30 aanbieders behoren op zowel kwaliteit (gemeten volgens CQ en ZorgKaart NL) als bedrijfsvoering (winstmarge). Snelle stijgers zijn aanbieders die kwaliteit of bedrijfsvoering sterk hebben verbeterd.**
3. **Opstellen selectiecriteria: selectiecriteria op basis van bedrijfsvoering, kwaliteit, omvang en locaties zijn gebruikt om tot een goede mix van aanbieders te komen voor de case studies. Het betreft de volgende criteria:**
    a. **Bedrijfsvoering: winstgevendheid >2%, Verzuim <7%**
    b. **Kwaliteit: goede aanbieder: CQ >= 6,2**
    c. **Omvang: omzet van > EUR 40 mln**
    d. **Ligging: verspreid over Nederland; stedelijk vs. landelijk**
    e. **Locaties: meer dan 5 locaties**
4. **Selecteren aanbieders: aanbieders op de longlist (combatie van voorgedragen aanbieders en top-10 aanbieders op basis van objectieve analyse Gupta) zijn getoetst op selectiecriteria en op volgorde van voorkeur geplaatst op basis van prestatie en verscheidenheid.**
5. **Uitnodigen aanbieders: De voorkeursaanbieders zijn benaderd om deel te nemen aan het case studie onderzoek. Één van de voorkeursaanbieders in de top 5 gaf aan niet deel te willen nemen aan het onderzoek vanwege andere prioriteiten. Daarop is de volgende voorkeursaanbieder benaderd. Deze was wel bereid om deel te nemen aan het onderzoek.**

Er zijn 13 hypotheses over effect leiderschap, stuurinformatie en andere factoren op kwaliteit en bedrijfsvoering geformuleerd

9

3 Casusonderzoek naar relatie kwaliteit en bedrijfsvoering

Legenda: Negatief / Geen / Positief

	Mogelijk kenmerk van goed presterende aanbieder	Verw impact op Finan.	Verw impact op Kwalit.	Toelichting.
Leiderschap (5)	Attent werkgeverschap	Geen	Positief	Hoge medewerkertevredenheid zorgt voor betere kwaliteit van zorg
	Specifiek kwaliteitsbeleid	Geen	Positief	Specifiek kwaliteitsbeleid zorgt voor betere kwaliteit van zorg
	Duidelijke meerjarenagenda	Positief	Positief	Een duidelijke meerjarenagenda is goed voor zowel financiën als kwaliteit
	Langzittend bestuur	Positief	Positief	Langzittend bestuur is een indicator voor goede financiën en kwaliteit
	Sterke MKB-cultuur	Positief	Positief	Een sterke MKB-cultuur zorgt voor zowel goede financiën als kwaliteit
Stuurinfo (5)	Actief sturen op patiëntervaringen	Geen	Positief	Actief sturen op patiëntervaringen helpt de kwaliteit te verbeteren
	Actief sturen op kwaliteit	Geen	Positief	Actief sturen op kwaliteit helpt de kwaliteit te verbeteren
	Actief sturen op inkomsten	Positief	Geen	Actief sturen op inkomsten helpt de bedrijfsvoering te verbeteren
	Actief sturen op kosten	Positief	Geen	Actief sturen op kosten helpt de bedrijfsvoering te verbeteren
	Actief sturen op verzuim/scholing	Positief	Positief	Actief sturen op verzuim/scholing is goed voor bedrijfsvoering en kwaliteit
Overig (3)	Uitgevoerd verbetertraject kwaliteit	Positief	Positief	Uitgevoerd verbetertraject tav kwaliteit verbetert kwaliteit en financiën
	Uitgevoerd verbetertraj. efficientie	Positief	Positief	Uitgevoerd verbetertraject tav efficiëntie verbetert financiën en kwaliteit
	Nieuwe gebouwen	Positief	Positief	Nieuwe gebouwen zorgen voor zowel goede financiën als kwaliteit

Gupta Strategists

Figuur 4 – Opgestelde hypotheses over effect leiderschap, stuurinformatie en overige factoren op kwaliteit en bedrijfsvoering

Stap 2: Uitvoeren casestudies

Het casusonderzoek is uitgevoerd bij vier goed presterende instellingen. Doordat het onderzoek bij slechts vier goed presterende aanbieders is uitgevoerd, is het niet mogelijk om feitelijke relaties tussen bedrijfsvoering en kwaliteit vast te stellen. Wel is het mogelijk om overeenkomsten en/of verschillen tussen deze goed presterende instellingen vast te stellen. Als instellingen die goed presteren bepaalde specifieke overeenkomstige kenmerken hebben, dan is dat een mogelijke indicator dat dit kenmerk een verklarende rol speelt bij het goed presteren van deze instelling. Als instellingen op bepaalde onderdelen verschillen is dit juist een indicator dat dit geen of in mindere mate een verklarende factor is voor de prestatie.

Opstellen hypotheses over kenmerken van goed presterende organisaties

Voorafgaand aan het casusonderzoek zijn 28 hypotheses geformuleerd, waarin de verwachte relatie tussen een bepaald kenmerk van een organisatie en de impact op bedrijfsvoering en kwaliteit tot uitdrukking komt (zie figuur 4 en figuur 5). Deze kenmerken zijn ingedeeld in de groepen inkomsten, zorgkosten, overige kosten, leiderschap, stuurinformatie en overig.

Ook zijn 15 hypotheses over effect inkomsten en (zorg)kosten op kwaliteit en bedrijfsvoering geformuleerd

10

3 Casusonderzoek naar relatie kwaliteit en bedrijfsvoering

Negatief / Geen / Positief

	Mogelijk kenmerk van goed presterende aanbieder	Verw impact op Finan.	Verw impact op Kwalit.	Toelichting.
Inkomsten (3)	Goede afspraak zorgkantoor	Positief	Geen	Goede afspraak zorgkantoor zorgt voor betere bedrijfsvoering
	Hoge overige inkomsten	Positief	Geen	Hogere overige inkomsten zorgt voor betere bedrijfsvoering
	Hoge bezettingsgraad	Positief	Geen	Hoge bezettingsgraad zorgt voor betere bedrijfsvoering
Zorgkosten (8)	Veel zorgpersoneel op werkvloer	Negatief	Positief	Veel zorgpersoneel is slecht voor financiën, maar goed voor kwaliteit
	Hoge salariskosten zorg	Negatief	Positief	Oudere medewerkers zijn slecht voor financiën, maar goed voor kwaliteit
	Hoge functiemix	Negatief	Positief	Hoge functiemix zorg is slecht voor financiën, maar goed voor kwaliteit
	Weinig verzuim	Positief	Positief	Weinig verzuim is goed voor zowel financiën als kwaliteit
	Weinig uitzendkrachten	Positief	Positief	Weinig uitzendkrachten is goed voor zowel financiën als kwaliteit
	Hoge productiviteit zorg	Positief	Negatief	Hoge zorgproductiviteit is goed voor financiën, maar slecht voor kwaliteit
	Veel vrijwilligers	Positief	Positief	Veel vrijwilligers is goed voor zowel financiën als kwaliteit
	Hoge voedingskosten	Negatief	Positief	Hoge voedingskosten is slecht voor financiën, maar goed voor kwaliteit
Overige kosten (4)	Lage overheadkosten	Positief	Positief	Efficiënte overhead zorgt voor betere bedrijfsvoering en betere kwaliteit
	Lage materiële kosten	Positief	Geen	Lage materiele kosten zorgen voor betere bedrijfsvoering
	Lage onderhoudskosten	Positief	Geen	Lage onderhoudskosten zorgen voor betere bedrijfsvoering
	Lage maandlasten vastgoed	Positief	Geen	Lage maandlasten vastgoed zorgt voor betere bedrijfsvoering

Gupta Strategists

Figuur 5 – Opgestelde hypotheses over effect inkomsten, zorgkosten en overige kosten op kwaliteit en bedrijfsvoering

Afnemen interviews, analyseren informatie en samenvatten analyse

Een interview met onder andere een lid Raad van Bestuur van de deelnemende instellingen vormde het vertrekpunt van het casusonderzoek. Dit interview had tot doel om de aanpak en doelstelling van het onderzoek toe te lichten, verschillende hypotheses kwalitatief te toetsen en medewerkers uit de organisatie te selecteren voor aanvullende interviews. Deze aanvullende interviews zijn gehouden met 4-5 mensen uit de organisatie met verschillende rollen, waaronder arts, medisch controller, secretaris, financieel directeur, locatiemanager en teammanager. Bij deze mensen is een semigestructureerd interview afgenomen waarin de verschillende hypotheses

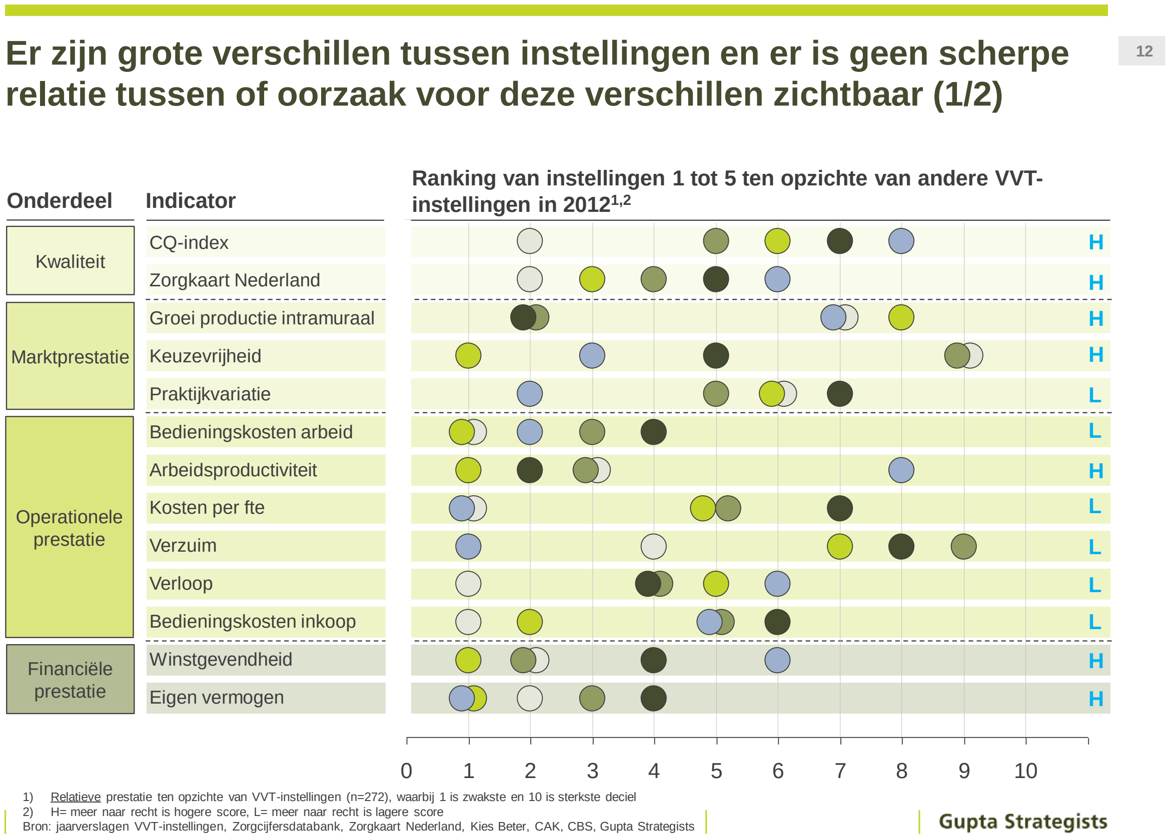
over verklarende kenmerken voor hun relatief goede prestatie indirect zijn getoetst. In aanvulling op de interviews zijn ook operationele (bedbezetting, personeelsinzet), financiële (omzet, winst, enzovoort) en kwalitatieve gegevens uitgevraagd bij de instelling. Deze gegevens zijn gebruikt om zo veel mogelijk van de kwalitatieve bevindingen kwantitatief te toetsen of duiden. Tot slot zijn de resultaten van de analyse samengevat per aanbieder.

Stap 3: Valideren en rapporteren bevindingen case studies
Per aanbieder zijn de resultaten in een bijeenkomst met (een groot deel van) alle geïnterviewde medewerkers besproken en bediscussieerd. Tijdens deze bijeenkomst zijn naast de resultaten ook de conclusies van het onderzoek en de geïdentificeerde kansen voor het verbeteren van de kwaliteit besproken. Tot slot zijn deze resultaten, conclusies een aanbevelingen verwerkt tot de voorliggende rapportage.

3. Resultaten breed aanbiedersonderzoek

De resultaten zijn ingedeeld in drie secties die antwoord geven op de gestelde onderzoeksvragen:

1) **Hoe presteren aanbieders binnen de verzorgings- en verpleeghuiszorg op indicatoren voor kwaliteit en bedrijfsvoering?**
2) **Wat is de samenhang tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in de verzorgings- en verpleeghuiszorg?**
3) **Is de manier waarop wij kwaliteit meten voldoende relevant en betrouwbaar?**



Figuur 6 – Overzicht prestaties van instelling 1 tot en met 5

3.a Verschillen in prestaties tussen aanbieders

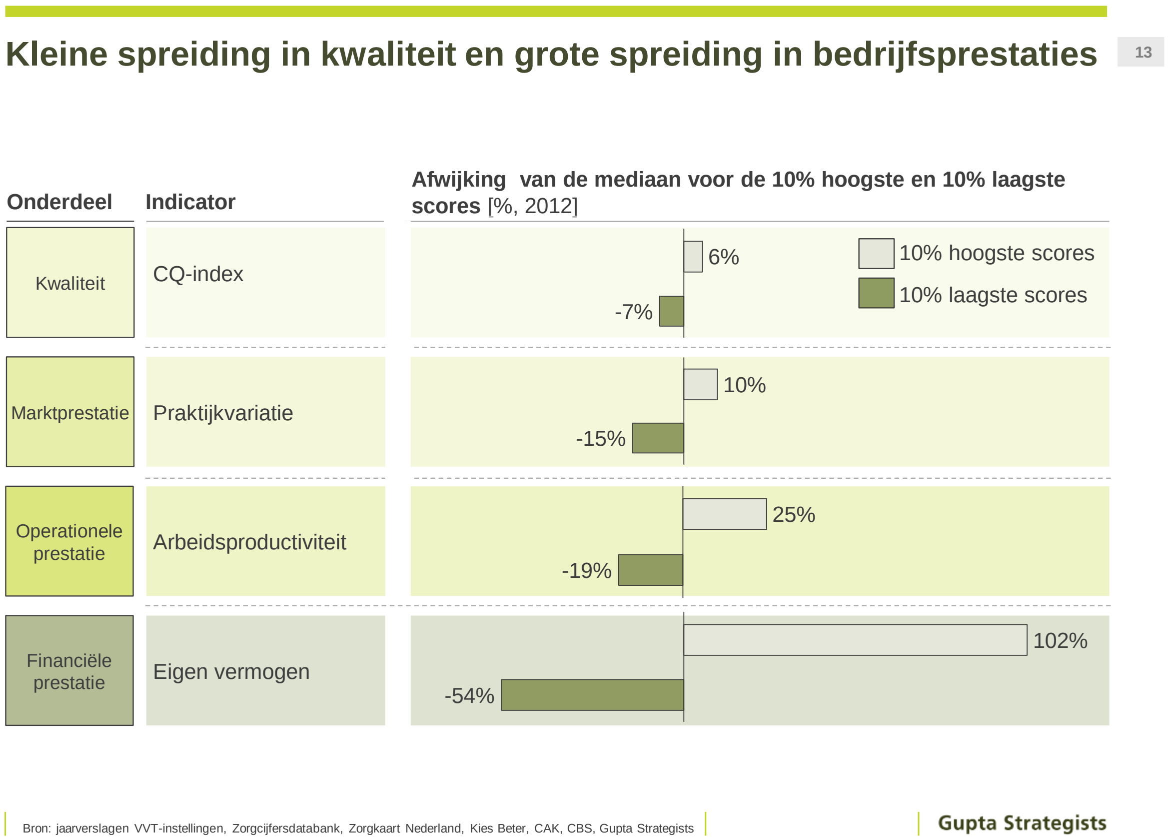
Het breed aanbiedersonderzoek laat zien dat aanbieders verschillend presteren op kwaliteit en op financiële, operationele en marktprestaties. Figuur 6 laat dat illustratief zien voor vijf van de tien aanbiedersaanbieders waarvoor verdiepend onderzoek is uitgevoerd.

De grootste verschillen zijn zichtbaar op indicatoren voor bedrijfsvoering. Enkele voorbeelden (figuur 7):

- **De praktijkvariatie neemt met 25% toe tussen de laagste 10% en de hoogste 10%. Dit wil zeggen dat er grote verschillen zijn in de hoeveelheid zorg die mensen krijgen tussen regio's**
- **De arbeidsproductiviteit neemt met 50% toe tussen de 10% laagste en 10% hoogste scores. Ofwel: er zijn grote verschillen in het aantal medewerkers dat wordt ingezet voor een vergelijkbare 'productie'**

- Het eigen vermogen verdubbelt tussen de mediaan score en de hoogste 10% scores. Met andere woorden: in de sector zijn de verschillen tussen aanbieders in vermogenspositie en daarmee financiële weerbaarheid aanzienlijk

De spreiding in de CQ-index is klein: het merendeel van de scores van de 1.072 meegenomen locaties ligt tussen de 6,3 en de 7,0.



Figuur 7 – Spreiding izorgaanbieders op kwaliteit, praktijkvariatie, productiviteit en vermogen

3.b De samenhang tussen kwaliteit en bedrijfsvoering

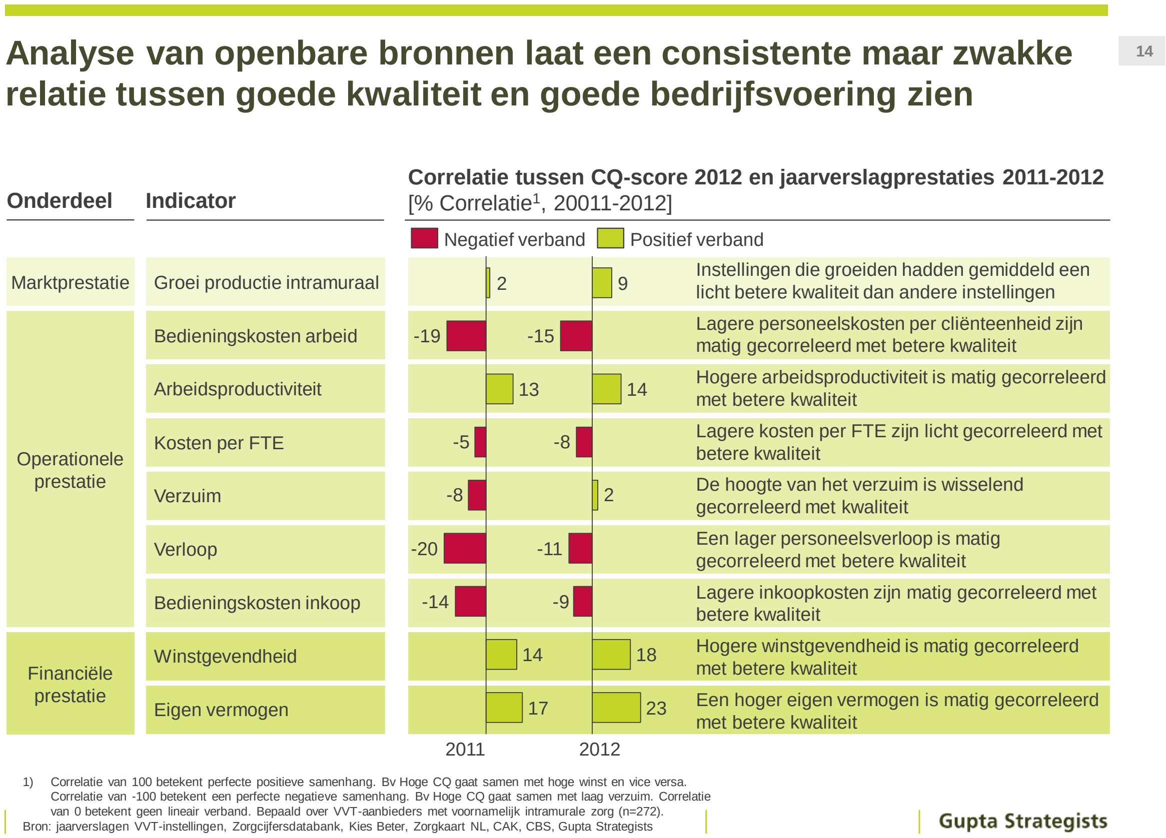
De indicatoren van bedrijfsvoering en kwaliteit blijken geen of zwakke statistische verbanden te hebben op basis van een correlatieberekening (figuur 8). Wel is er een (kleine) positieve correlatie tussen de CQ-score en positieve bedrijfsindicatoren zoals winstgevendheid, eigen vermogen en arbeidsproductiviteit.

- De correlatie tussen CQ-score en winstgevendheid is +14 tot +18%
- Eigen vermogen en CQ-score correleren +17 tot +23% met elkaar
- Arbeidsproductiviteit laat een correlatie zien van +13% tot +14% met de CQ-score

Daarnaast bestaat er ook een (kleine) negatieve relatie tussen CQ-score en negatieve bedrijfsvoeringindicatoren zoals kosten en verloop van personeel.

- De correlatie tussen personeelskosten en CQ-score is -15 tot -19%
- Inkoopkosten correleren voor -9 tot -14% met CQ-score
- Verloop is voor -11 tot -20% gecorreleerd met CQ-score, ofwel meer verloop hangt samen met lagere CQ-score

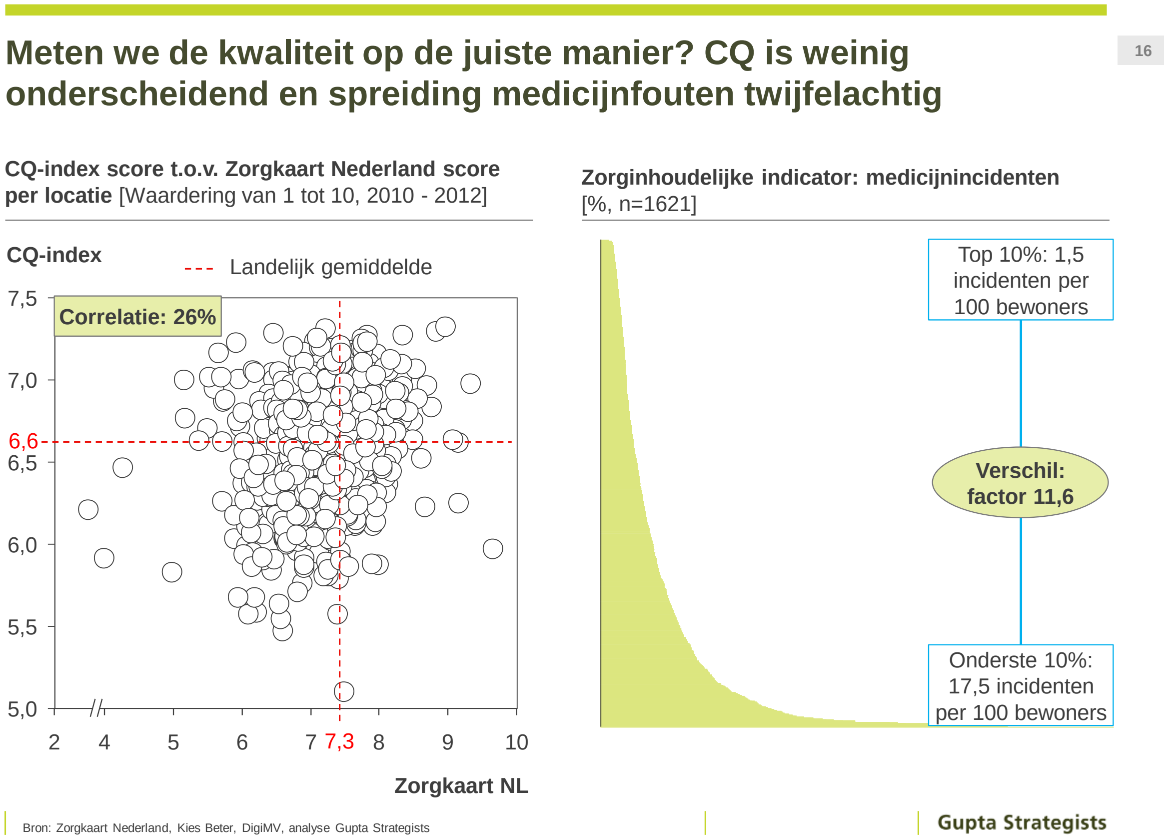
Op basis van deze analyse op openbare databronnen is er dus enig bewijs voor de stelling dat financiële gezondheid hand in hand gaat met hogere klantbeleving (betere CQ-score). Andersom: er is in ieder geval geen bewijs voor de stelling dat een goede prestatie op bedrijfsvoering zou samenhangen met slechte kwaliteit van zorg.



Figuur 8 –Correlatie tussen CQ-score en bedrijfsprestaties

3.c De betrouwbaarheid en relevantie van kwaliteitsmetingen

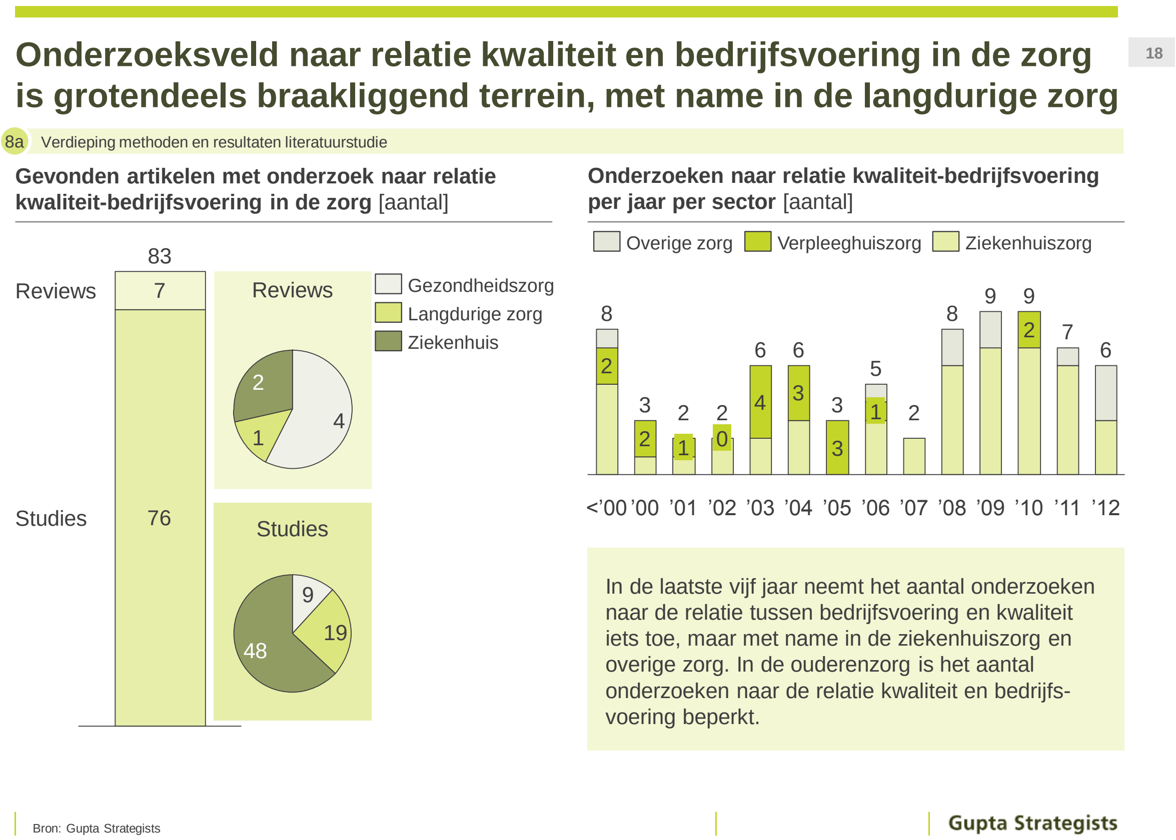
Veel aanbieders waren van mening dat de beschikbare indicatoren voor kwaliteit om verschillende redenen voor verbetering vatbaar zijn en daardoor (nog) niet geschikt voor een betrouwbare landelijke vergelijking. De CQ-index is over meerdere jaren beschikbaar voor de meeste aanbieders. De CQ-scores zijn echter weinig onderscheidend. In de interviews gaven aanbieders aan dat ze de CQ-index niet per locatie kunnen plaatsen ten opzichte van andere indicatoren van kwaliteit. Zorgkaart Nederland zou volgens aanbieders zoals benoemd in de interviews meer onderscheidend kunnen zijn, omdat het meer uitersten bevat (cliënten die zeer of juist helemaal niet tevreden zijn). Zorgkaart Nederland bevat echter weinig recente beoordelingen. Tenslotte is het op basis van de grote registratieverschillen van de zorginhoudelijke parameters waarschijnlijk dat zij inconsistent worden gemeten (figuur 9). Een factor 11,6 verschil in het aantal medicatiefouten tussen de top en onderste 10% van de locaties achten wij onwaarschijnlijk. De metingen vinden allemaal handmatig plaats in een vastgestelde meetperiode, waarbij interpretatie van het begrip ‘medicatiefouten’, precisie van de meting en allerlei andere factoren van invloed zijn op de score. Wellicht dat variatie in de aanpak van de meting het werkelijke verschil in aantal medicatiefouten overschaduwt. In de interviews pleiten de aanbieders voor een landelijk initiatief om de kwaliteitsindicatoren te verbeteren.



Figuur 9 – Spreiding CQ-scoren, Zorgkaart NL en Zorginhoudelijke indicator: medicijnincidenten

4. Resultaten literatuuronderzoek

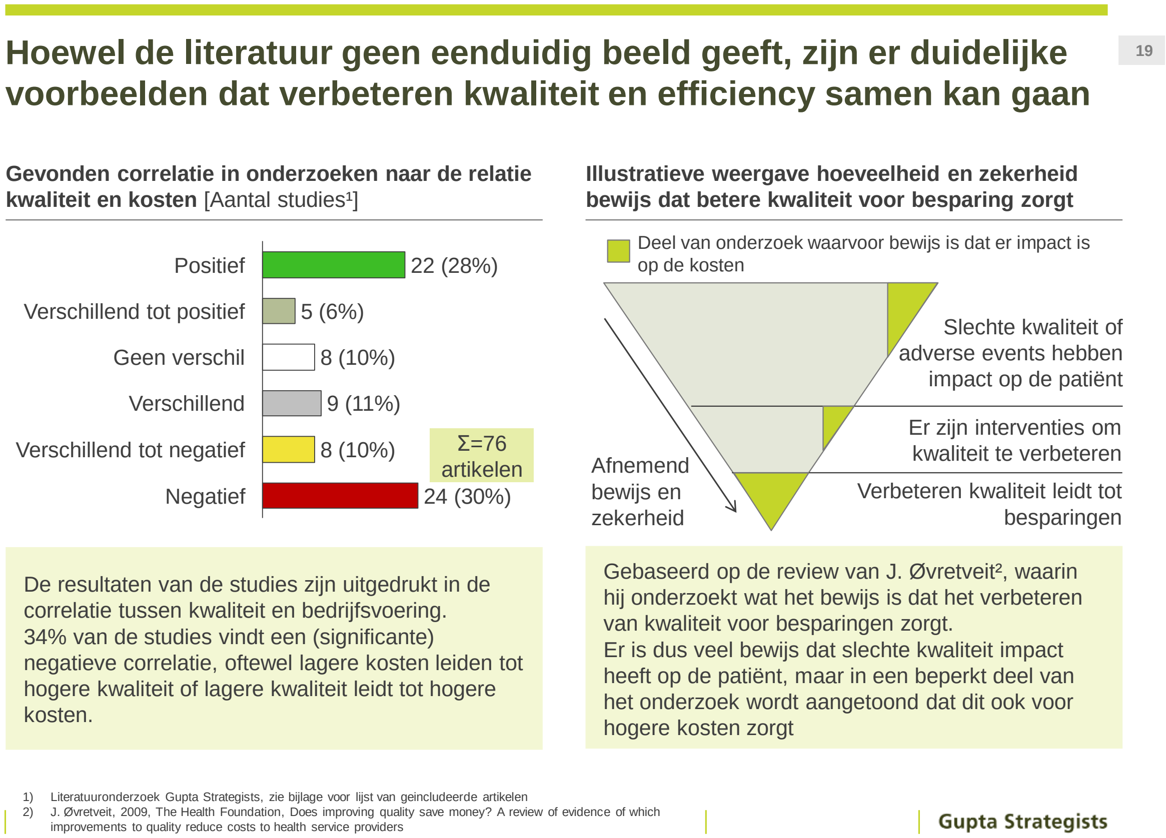
In het literatuuronderzoek zijn 83 artikelen gevonden waarin onderzoeken zijn uitgevoerd of beschreven over de relatie tussen bedrijfsvoering en kwaliteit (zie figuur 10). Dit laat zien dat het onderzoeksveld naar de relatie kwaliteit en bedrijfsvoering in de zorg braakliggend is. Onder de gevonden artikelen zijn zeven reviews van de literatuur, waarin de auteurs een overzicht geven van de resultaten van andere onderzoeken. 76 artikelen betreffen 'echte' onderzoeken naar de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering, waarvan 48 (63%) uitgevoerd in de ziekenhuissector. Van de overige artikelen zijn er 18 (24%) uitgevoerd in de langdurige zorg en 9 (13%) in een ander zorgdomein, vooral huisartsenzorg.



Figuur 10 – overzicht van artikelen waarin de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering is onderzocht, uitgesplitst naar type studie en zorgdomein

4.a Bevindingen onderzoeksartikelen

Uit de literatuur blijkt geen consistente relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering. Van de bestudeerde onderzoeken vinden 32 (40%) een negatieve correlatie, terwijl 27 (34%) een positieve correlatie vinden (zie Figuur 11). Negatieve correlatie betekent dat hogere kosten en lagere kwaliteit een relatie hebben met elkaar en vice versa. Positieve correlatie betekent een relatie tussen hogere kosten en hogere kwaliteit en vice versa. Deze resultaten waren vergelijkbaar tussen de verschillende zorgdomeinen. Zie bijlage 8B voor een overzicht van alle geraadpleegde artikelen.



Figuur 11 – overzicht van conclusies van de gevonden artikelen waarin de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering is onderzocht, uitgesplitst naar type studie en zorgdomein

Uit deze resultaten blijkt dat de huidige literatuur geen eenduidig beeld geeft van de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering. Dit lijkt te maken te hebben met een aantal factoren:

Focus en doelstelling van onderzoeken

Het aantal studies waarin het expliciete doel is om te onderzoeken of hogere kwaliteit tot lagere kosten leidt of vice versa is beperkt. Dit is opvallend, gezien het belang van dit onderwerp. Veel van de gevonden artikelen waren gericht op kwaliteitsverbetering, waarbij bedrijfsvoering meer een ‘bijeffect’ was. In de ouderenzorg is het thema vaak de relatie tussen inzet van personeel (handen aan het bed) of meer zorgcoördinatie en de kwaliteit van zorg. De meeste onderzoeken rapporteren dat een toename van inzet en coördinatie leidt tot hogere kwaliteit. In de meeste gevallen leidde dit dan ook tot een hogere kwaliteit. Het bijeffect was in dit geval dat er ook sprake van hogere kosten doordat hogere inzet van mensen (zorgmedewerkers of coördinatie) tot meer kosten leidt, met een positieve correlatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering tot gevolg. De vraag is natuurlijk of meer handen aan het bed of meer coördinatie nodig zijn om meer kosten te maken, of dat hetzelfde resultaat bereikt kan worden via slimmere processen of administratieve verlichting.

Klein en jong onderzoeksveld

Het onderzoeksveld waarin de relatie tussen de kwaliteit van zorg en bedrijfsvoering is onderzocht is relatief klein en jong. Enerzijds is het meten van kwaliteit iets wat pas sinds een aantal jaren echt in opkomst is en ook nu nog volop in ontwikkeling is. Anderzijds is onderzoek naar kosteneffectiviteit van interventies iets wat van oudsher onderbelicht is in het medisch wetenschappelijk onderzoek. De beschikbaarheid van betrouwbare datasets lijkt ook een

drempel te zijn voor wetenschappelijk onderzoek. Zo was een aanzienlijk aantal relevante artikelen gebaseerd op één dataset. Dit soort onderzoek is grotendeels onontgonnen terrein.

Publicatiedrempels

In de praktijk worden veel meer verbeterinitiatieven uitgevoerd dan de gevonden wetenschappelijke publicaties doen vermoeden. Meestal zullen deze verbeterinitiatieven zijn ingestoken vanuit een pragmatische/urgente reden, namelijk een acuut kwaliteitsprobleem of financiële nood. Het waarborgen van een wetenschappelijk verdedigbare methode is onderbelicht door de extra tijd, inspanning en kosten die dit met zich meebrengt. Denk hierbij aan het zorgen voor een goede nulmeting, gestructureerd vastleggen van acties en interventies en het monitoren van de resultaten. Vervolgens is het ook aannemelijk te veronderstellen dat de betrokkenen bij dergelijke verbetertrajecten een beperkte prikkel hebben om de resultaten te publiceren. Met name in de ouderenzorg is het aantal wetenschappelijk opgeleide professionals beperkt en het aantal universitaire vakgroepen met een dergelijke wetenschappelijke focus klein.

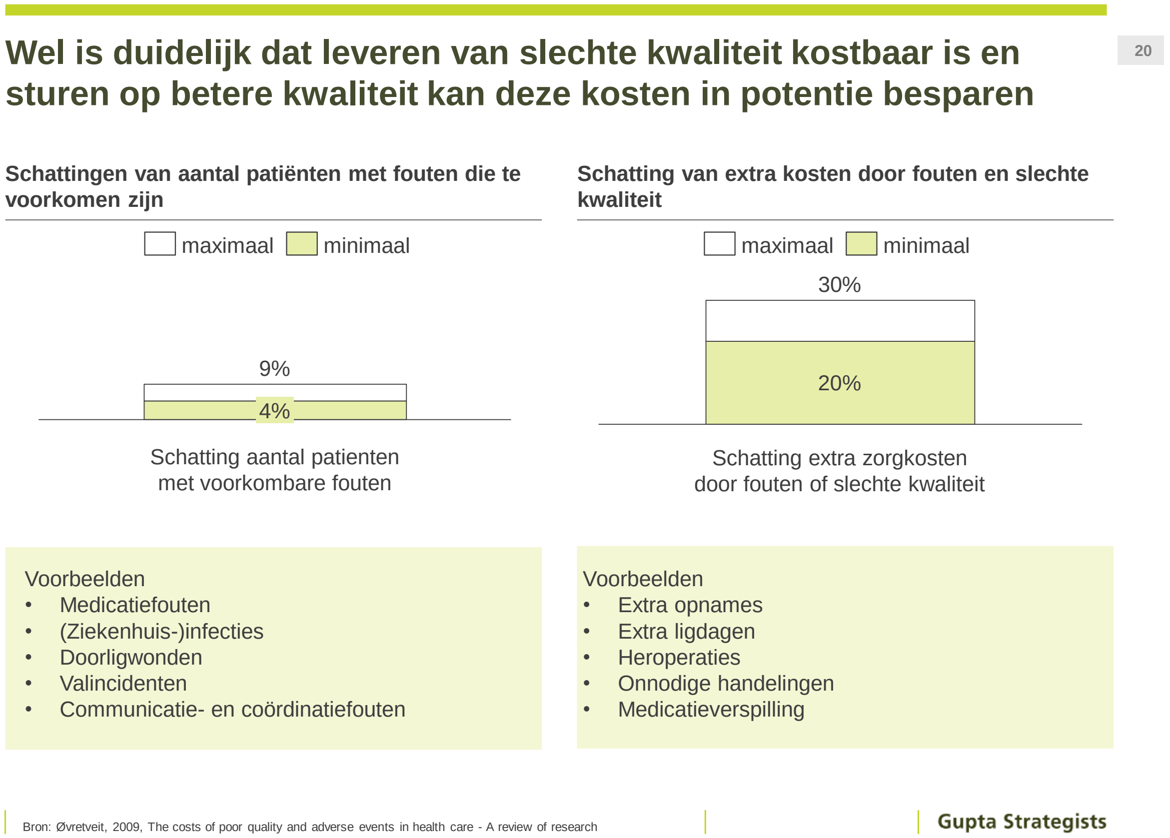
4.b Bevindingen reviewartikelen

Naast de genoemde onderzoeksartikelen vonden we zeven overzichtsartikelen (reviews) die op een aantal manieren een overzicht geven van de resultaten van verschillende onderzoeken op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid en daarbij hun eigen conclusies trekken. De gevonden reviewartikelen kunnen we onderverdelen in twee typen:

a) **Thematische overzichtsartikelen (3): hierin is de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering binnen één specifiek thema bekeken. Een voorbeeld is een review die een overzicht geeft van het bewijs of coördinatie van zorg de kwaliteit verbetert en kosten bespaart[3].**
b) **Methodologische overzichtsartikelen (4): een bredere beschouwing van de effecten van slechte kwaliteit op kosten of op de effectiviteit van interventies op zowel kwaliteit als kosten.**

Aangezien de studies die bekeken zijn in de thematische overzichtsartikelen grotendeels ook in ons onderzoek zijn geïncludeerd en de auteurs tot vergelijkbare conclusies komen, zullen we de inhoud van deze reviews hier niet verder bespreken. Zie bijlage 8B voor meer informatie over deze reviews. In de rest van dit hoofdstuk geven we een overzicht van de conclusies en aanbevelingen van de gevonden methodologische overzichtsartikelen.

[3] Øvretveit. Does clinical coordination improve quality and save money? Volume 1: A summary review of the evidence. 2009. The Health Foundation



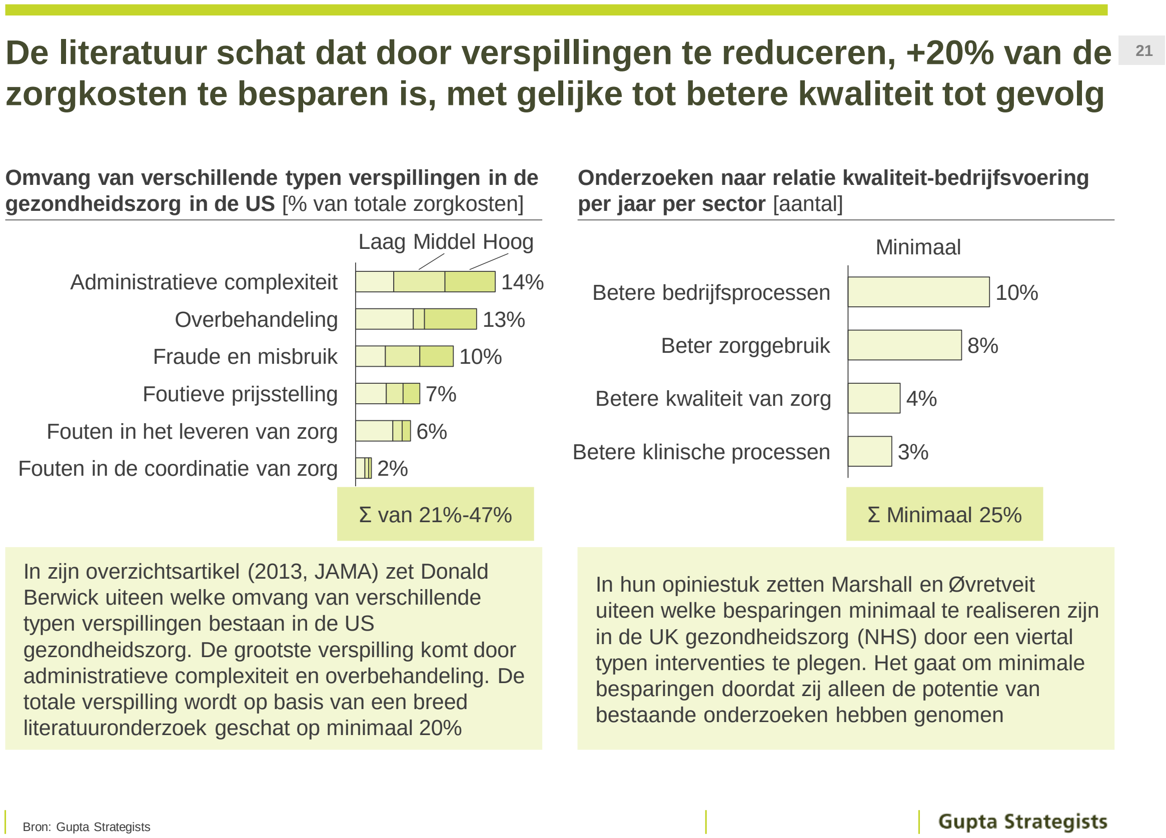
Figuur 12 – overzicht van conclusies over het voorkomen van fouten uit de review van Øvretveit, 2009, The costs of poor quality and adverse events in health care - A review of research

De kosten van fouten

Een aantal van de reviews gaat in op de extra kosten van slechte kwaliteit. Figuur 12 geeft een samenvatting van de belangrijkste conclusies uit deze overzichtsartikelen. 4% tot 9% van de patiënten in de ziekenhuissector heeft te maken met vermijdbare fouten. De gevolgen van deze fouten zorgen voor 20% tot 30% van de zorgkosten, bijvoorbeeld door meer ligdagen, heroperaties, verspilling etc. Kortom, hier leidt slechte kwaliteit tot hogere kosten en zou verbeteren van de kwaliteit dus ook lagere kosten tot gevolg hebben. Het is wel de vraag in hoeverre deze conclusies ook toepasbaar zijn op de zorg in verpleeghuizen.

In zijn overzichtsartikel zet Donald Berwick[4] uiteen welke omvang van verschillende typen verspillingen bestaan in de gezondheidszorg in de Verenigde Staten (figuur 13). De grootste verspilling komt door administratieve complexiteit en overbehandeling. De totale verspilling wordt op basis van een breed literatuuronderzoek geschat op minimaal 20%. Marshall en Øvretveit doen een vergelijkbare analyse op basis van onderzoeken in de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk (NHS) en berekenen welke besparingen te realiseren zijn door een viertal typen interventies te plegen. Het gaat om minimale besparingen doordat zij alleen de potentie van bestaande onderzoeken hebben genomen. Beide overzichtsartikelen stellen dat door verspillingen te reduceren een aanzienlijk deel van de zorgkosten is te besparen met gelijke tot betere kwaliteit.

[4] (2013, JAMA)



Figuur 13 – overzicht van conclusies over de omvang en potentie van het voorkomen van verschillende typen verspillingen in de zorg

Manieren om kosten te besparen

In hun overzichtsartikelen[5] beschrijft een aantal auteurs drie manieren om kosten te verlagen:

a) Besparen door 'te bezuinigen'
b) Besparen door verspillingen te verminderen
c) Besparen door 'te sturen op kwaliteit'

Traditioneel proberen veel zorgorganisaties te besparen door te bezuinigen met bijvoorbeeld top-down taakstelling. Dit heeft als risico dat het resulteert in dezelfde taken sneller doen, of belangrijke dingen niet meer doen, met fouten en/of werkstress tot gevolg. Dit kan een bedreiging vormen voor kwaliteit. De auteurs stellen dat het reduceren van kosten via sturen op kwaliteit of verminderen verspilling beter werkt dan 'bezuinigen'.

Het verminderen van verspillingen is een aanpak die is gebaseerd op methodieken die oorspronkelijk in de industrie zijn geïntroduceerd (zoals lean, kaizen en six sigma). Er is steeds meer bewijs dat verbeteren door 'verspillingen' te verminderen tot duurzamere resultaten in financiën èn kwaliteit leidt. Deze aanpak kan primair zowel financieel als kwalitatief ingestoken zijn. Bij een primair financiële focus leidt het verminderen van deze financiële verspillingen vaak ook tot betere kwaliteit (het afgeleid worden tijdens de medicijnronde kost extra tijd, verhoogt de kans op fouten en zorgt dat cliënten onnodig lang in bed liggen). De kwaliteitsverbetering wordt echter vaak pas later gerealiseerd omdat het een secundaire uitkomst is. Bij een primair kwalitatieve focus is er sprake van een omgekeerd risico. Hoewel het sturen op kwaliteit vaak ook tot lagere kosten leidt (het verminderen van decubitus zorgt voor minder medische kosten en

[5] Berwick;2013;JAMA-Marshal-Øvretveit;2011;QSHC

minder verpleegkunde inzet), wordt de financiële winst pas later gerealiseerd worden omdat het een secundaire uitkomst is. Gezien de aard van het medische beroep kan sturen op kwaliteit intern vaak op breder draagvlak rekenen dan sturen op kosten.

Kans op succesvol project wordt beïnvloed door veel factoren die te maken hebben met context, structuur en cultuur van project

23

	Factoren die kans succes van project positief beïnvloeden	Factoren die kans succes van project negatief beïnvloeden
Context	• Duidelijke bestuurlijke meerjarenagenda • Bestuurlijk leiderschap en commitment • Samenwerking met de betalers • Strategie over omgaan met druk met korte- en lange termijn winst	• Besparing valt op andere plek • Aanbieder overziet investeringskosten niet • Beperkte middelen qua hoogte of duur
Structuur	• Duidelijke een expliciete doelstellingen • Goede monitoring van resultaten • Expliciete formatieruimte • Effectieve training • Projectteam met ervaring en kennis • Genoeg mensen training in verbetermethode	• Beperkte eigenaarschap van zorgproces • Beperkte kennis t.a.v. projectontwerp en analyse • Problemen tussen leden projectgroep • Gebrek aan een plan t.a.v. monitoring/verantwoording
Cultuur	• Werknemers staan open voor nieuwe ideeën • Moderne ICT	• Angst voor juridische gevolgen • Hiërarchische/territoriale achterdocht

Berwick;2013;JAMA-Øvretveit;2009;KAROLINSKA INSTITUTET, zie bijlagen voor volledige referenties

Gupta Strategists

Figuur 14 – Overzicht van in de gevonden reviews geïdentificeerde factoren die de kans op succes van een verbeterproject positief of negatief beïnvloeden[6]

Factoren die succes van verbetertrajecten beïnvloeden

Tot slot identificeren de reviews een aantal factoren die de kans op succes van een verbeterproject positief of negatief beïnvloeden (zie Figuur 14). De auteurs raden aan om je bewust te zijn van deze succesfactoren. Daarnaast geeft Øvretveit[7] in zijn review een zestal adviezen over de uitvoering van projecten om kosten en kwaliteit te verbeteren:

- **Kies bewezen verbeteringen: kies voor verbeteringen waarvan al is aangetoond dat ze de kwaliteit van zorg verbeteren en kosten verlagen, zeker in vergelijkbare context.**
- **Haal do's en don'ts op bij deskundigen: als bewijs beperkt is, gebruik dan ervaringen uit case studies. Praat persoonlijk met de uitvoerders en haal op wat hun do's en don'ts zijn.**
- **Bepaal wat slechte kwaliteit kost: maak een inschatting van de huidige kosten van slechte kwaliteit en wat het zou kosten om het probleem voor 50% op te lossen. Hierna betalen verbeteringen zichzelf terug. Blijf de kosten wel monitoren.**
- **Verander en implementeer deskundig: zorg voor deskundige uitvoering van veranderingen en implementatie. Houd rekening met het menselijke aspect en maak gebruik van methoden, expertise en ervaringen van anderen.**
- **Meet en monitor voortgang: meet en monitor de voortgang van het project, en pas de aanpak of doelstellingen aan als een veranderende omstandigheid dat vraagt.**

[6] Berwick-2013;JAMA-Øvretveit-2009
[7] Øvretveit, 2009;the health foundation

- **Bundel krachten met anderen**: werk samen met anderen om financiële structuren te veranderen en andere externe barrières te slechten, om te zorgen dat je kunt investeren in je veranderproces.

5. Resultaten case studies

Bij vier aanbieders is casus onderzoek uitgevoerd van oktober 2014 tot februari 2015. Zoals in de onderzoeksopzet beschreven zijn deze geselecteerd op basis van hun bovengemiddelde prestaties op kwaliteit en bedrijfsvoering. Het doel van het onderzoek was vast te stellen welke kenmerken deze aanbieders gemeen hebben. Gemeenschappelijke kenmerken zijn een mogelijke drijver van goede kwaliteit en / of bedrijfsvoering – al is het niet mogelijk om causaliteit werkelijk vast te stellen.

Bij alle onderzochte aanbieders is met ongeveer vijf medewerkers (inclusief het bestuur) gesproken om kenmerken en de visie van de geïnterviewde medewerkers over het effect van deze kenmerken in kaart te brengen. Ook zijn gegevens uitgevraagd om de kwalitatieve bevindingen waar mogelijk kwantitatief te toetsen, denk aan informatie over financiën (zoals inkomsten en kosten per afdeling), operationele prestatie (bedbezetting, ziekteverzuim, personeelsinzet, etc.) en kwaliteit (CQ-scores en incidenten per afdeling/locatie). Echter, het bleek voor de betreffende instellingen niet eenvoudig om deze gegevens effectief en volledig aan te leveren. De meeste resultaten in dit onderzoek komen daarom voort uit de interviews.

5.a Kenmerken gerelateerd aan leiderschap

De meeste overeenkomstige kenmerken lagen op het thema leiderschap. Daarbij sprongen er vier onderdelen uit, namelijk attent werkgeverschap, een duidelijke meerjaren agenda, een lang zittend bestuur en een sterke MKB-cultuur.

Managers en bestuurders hadden veel persoonlijke aandacht voor medewerkers. Zo is er een aanbieder die elk jaar teamdagen organiseert, waarin teams stil staan bij de successen en wat er beter kan. Dit is inmiddels een echte traditie die de band binnen teams versterkt. Een andere aanbieder besteed extra aandacht aan persoonlijke attenties bij allerhande vieringen, zoals verjaardagen, jubilea en de dag van de verpleging. De derde organiseert allerlei activiteiten voor medewerkers en bewoners, zoals modeshows, dagjes uit en creatieve kerstuitvoeringen. Persoonlijk en direct contact bij ziekte is ook gewoonte. De aandacht voor en interesse in het personeel komt ook in meer algemene zin naar voren in de tijdsbesteding van de bestuurders. Kortom, persoonlijke aandacht en warmte is een duidelijke gemeenschappelijke deler van de onderzochte organisaties.

Tweede overeenkomst is de relatief lange zittingsduur en het hebben van een duidelijke meerjaren agenda. Bestuurders zijn minimaal vijf jaar werkzaam bij de aanbieder en in twee gevallen zelfs meer dan 25 jaar. Dit kan natuurlijk te maken hebben met het ervaren succes en het werkplezier dat daaruit voort komt. Uit de interviews blijkt dat medewerkers veel continuïteit ervaren in de wijze van besturing. Een heldere aanpak is de basis voor in de organisatie en geeft duidelijkheid en zekerheid aan medewerkers en cliënten. De waardering voor het voeren van consistent meerjarenbeleid is groot. Het geeft een gevoel van 'weten waar je aan toe bent' en niet te hoeven 'veranderen om het veranderen', een in de interviews veel genoemd nadeel van bestuurswisselingen.

In het verlengde van de lange zittingsduur van de bestuurder is ook de continuïteit van het management opvallend hoog. De meeste managers waren al jaren werkzaam bij de organisatie en vormden mede daardoor een hecht team met bestuurder en medewerkers. Zoals iemand het verwoorde: 'bij ons ben je met tien jaar ervaring als manager een beginner'.

Een praktische benadering van de uitdagingen in de ouderenzorg is een volgend gemeenschappelijk kenmerk dat eruit springt. Wij hebben in het onderzoek organisaties aangetroffen met iets dat te typeren is als een typische 'MKB mentaliteit'. Er is volledige focus op waar het om gaat: de eigen winkel en de klanten. Bijvoorbeeld zichtbaar in frequente rondjes van bestuurders langs de huizen om met medewerkers en cliënten te praten. Ook let men op de kleintjes: goed weten waar het geld vandaan komt en kritisch zijn op alle kosten, vooral als bewoners er niet direct van profiteren. Denk aan het bellen van een plaatselijke ZZP-er, die na een stevige onderhandeling al het schilderwerk voor zijn rekening neemt. Of de principiële keuze om nooit adviseurs in te huren en dit ook daadwerkelijk niet te doen. Een cultuur met korte lijnen tussen directie en werkvloer, frequente, duidelijke sturing en heldere kaders, met daarbinnen volop vrijheid om hier naar eigen inzicht invulling te geven.

Deze manier van werken betekent ook dat bestuurders vrij dicht op de praktijk zitten. Hands on, weten wat er speelt en snel ingrijpen als het nodig is. Daarbij viel op dat de meeste organisaties zorgen voor directe feedback aan teams over de winstgevendheid. Dus zo snel mogelijk na afsluiting van de maand simpele stuurinformatie over de omzet en de beïnvloedbare kosten. Dit geeft teams de gelegenheid om snel bij te sturen.

5.b Kenmerken gerelateerd aan stuurinformatie

Er blijkt geen overeenkomst te bestaan in actieve sturing op patiëntervaringen en kwaliteit. Aanbieders voerden 'gewoon' tweejaarlijkse CQ-metingen uit, in combinatie met rapportage van incidenten. Er was wel een aanbieder die iedere nieuwe cliënt, ontslagen cliënt en familie van een overleden cliënt vroeg om een korte vragenlijst in te vullen. De bestuurder keek wekelijks naar deze vragenlijsten. Indien daartoe aanleiding was, werd er direct actie ondernomen om zaken nader te onderzoeken en indien nodig het onderliggende probleem aan te pakken. Een andere aanbieder stelde cliëntervaringen centraal tijdens evaluatiegesprekken tussen medewerker, cliënt en familie. Ook sprak een bestuurder regelmatig individueel met cliënten, om hun levensverhaal en wensen te begrijpen. Een aanbieder liet een 'medisch controller' meelopen en meekijken met afdelingen op locaties om inzicht te krijgen in de kwaliteit en inhoudelijke verbindingen te leggen tussen locaties als basis voor verbeteren.

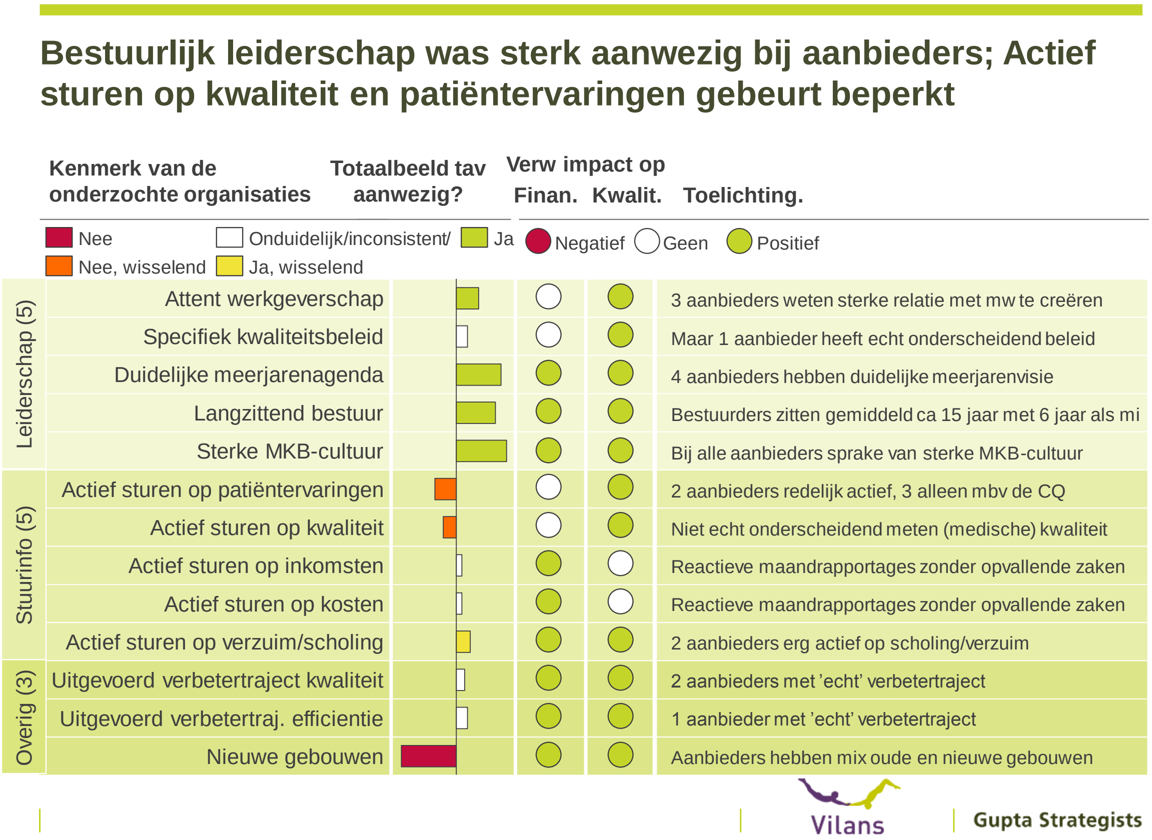
De stuurinformatie van de onderzochte organisaties op het gebied van kosten en inkomsten was gebaseerd op maandrapportages achteraf. er was geen gvan 'real time' stuurinformatie of het vooruitkijkend sturen op een goede afstemming tussen kosten en inkomsten. Hierin waren de aanbieders niet onderscheidend.

5.c Overige kenmerken gerelateerd aan besturing

Een specifiek verbetertraject leek ook geen overeenkomstig kenmerk te zijn van de onderzochte organisaties. Twee instellingen hadden een project uitgevoerd gericht op kwaliteitsverbetering en één had een verbeterplan uitgevoerd om de ondersteuning efficiënter te maken. Er werd geen gebruik gemaakt van een systematische aanpak zoals lean, kaizen of six-sigma.

Tot slot hadden alle aanbieders een mix van zowel oude als nieuwe gebouwen, wat nieuwe gebouwen niet tot een mogelijke verklarende factor voor betere kwaliteit en bedrijfsvoering. Wel stelden sommige gesprekspartners dat gebouwen die rond de 8 en 15 jaar geleden zijn opgeleverd vaak verlieslatend zijn. Deze zijn ontwikkeld in de tijd van volledige nacalculatie en vaak te groot(schalig) opgezet. Inmiddels worden ze gefinancierd op basis van de 'productie', waardoor ze moeilijker rendabel te krijgen zijn. Binnen de onderzoeksopzet was het niet mogelijk

om deze bevinding breder te toetsen. Figuur 15 geeft een samenvatting van de bevindingen op de thema's leiderschap, stuurinformatie en overige kenmerken.



Figuur 15 –resultaten case studie (I/II)

5.d Kenmerken gerelateerd aan de inkomsten

Van de onderzochte aanbieders hadden drie structureel gunstige afspraken met het zorgkantoor. De gemiddelde tariefskorting van 0% tot 2% lag duidelijk lager dan gemiddeld bij het betreffende zorgkantoor[8]. Daarbij waren er 'cliënt volgt geld' afspraken gemaakt, waardoor de zekerheid bestond dat mogelijke overproductie alsnog wordt betaald. Deze aanbieders scoorden goed op de criteria zoals gehanteerd door het zorgkantoor, waardoor ze gunstige voorwaarden krijgen. De twee andere aanbieders hadden afspraken die meer gebruikelijk zijn.

Twee aanbieders rapporteerden dat zij goed in staat zijn om inkomsten te halen uit bijvoorbeeld gemeentelijke subsidies. Deze inkomsten werden vooral op lokaal niveau gebruikt om 'iets bijzonders' te doen voor cliënt of medewerker en werkte niet direct door in het resultaat op totaalniveau. Bij een drietal aanbieders was er niet in bijzondere mate sprake van overige inkomsten.

Tot slot hadden twee aanbieders een bijzonder hoge bezetting (meer dan 95%). Dit zorgde er voor dat zij slechts in beperkte mate hoefden bij te sturen op de personele bezetting/begroting en dus geen grote flexibele schil nodig hebben. Deze aanbieders gaven aan dat dit in belangrijke mate bijdroeg aan hun resultaat. Daar tegenover stond echter ook een instelling met relatief veel leegstand, waardoor meer flexibiliteit in de inzet van personeel nodig is.

---

[8] Zie 'ActiZ onderzoek-AWBZ Zorgcontractering 2014' voor informatie over gemiddelde tariefkortingen zorgkantoren (www.actiz.nl/cms/streambin.aspx?documentid=14281)

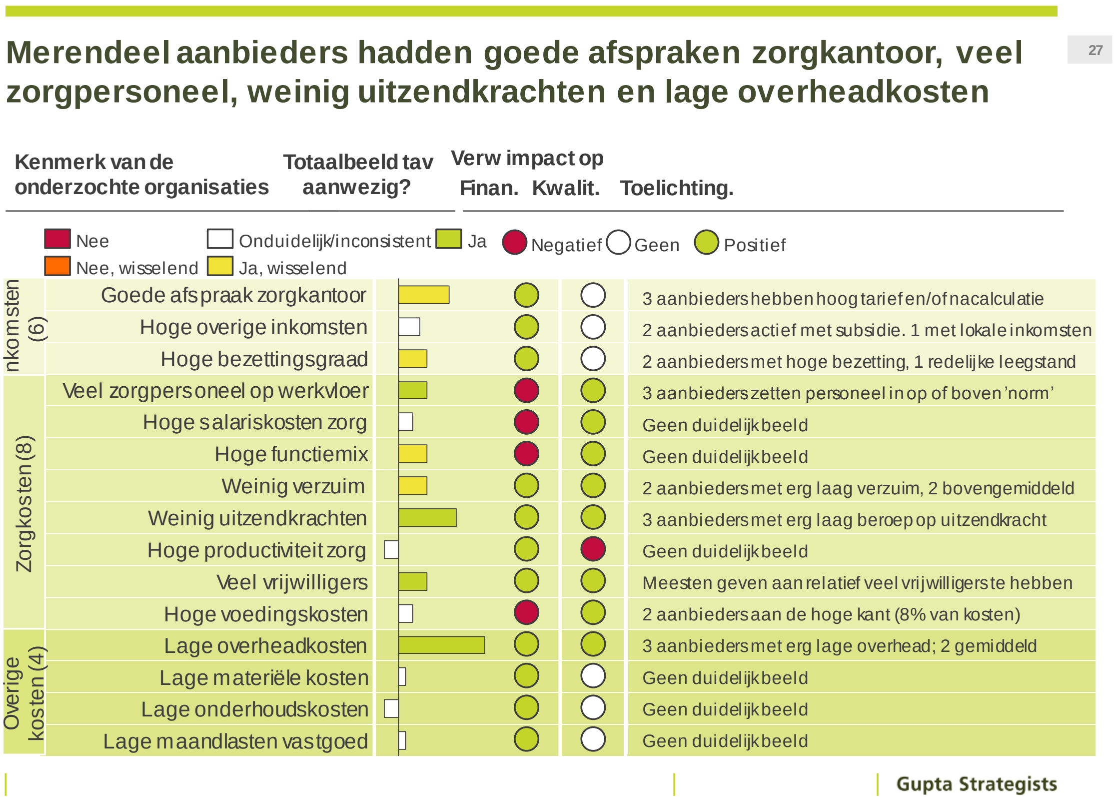
5.e Kenmerken gerelateerd aan de zorgkosten

De onderzochte aanbieders hadden drie kenmerken die vaak overeen kwamen: veel zorgpersoneel op de werkvloer, weinig uitzendkrachten en veel vrijwilligers. Met andere woorden: de inzet op de werkvloer was op de normen die daarvoor gelden (de zogenaamde 'ZZP norm') om zo de kwaliteit te waarborgen. Als alternatief voor uitzendkrachten hadden deze organisaties veelal een interne 'flexpool' van medewerkers om schommelingen in de zorgvraag of ziekte op te vangen. Tot slot waren er relatief veel vrijwilligers verbonden aan de organisaties om wat extra's te kunnen bieden aan bewoners.

De andere kenmerken gerelateerd aan zorgkosten waren niet overeenkomstig. Dit gaat om hoge salariskosten zorgpersoneel, hoge functiemix, weinig verzuim, hoge productiviteit en hoge voedingskosten. Het opvallendste verschil zaten in de ingezette functiemix en de hoogte van het ziekteverzuim. Een aantal aanbieders proberen meer hoogopgeleide medewerkers in, terwijl anderen hier niet in het bijzonder op sturen. Qua ziekteverzuim waren er twee goed presterende aanbieders met een relatief laag ziekteverzuim[9] (tot 1,5%), maar er waren ook twee aanbieders met een bovengemiddeld ziekteverzuim (tot 7%).

5.f Kenmerken gerelateerd aan overige kosten

Bij het onderdeel 'overige kosten' kenmerkten drie aanbieders zich door lage overhead. Dit is iets waar deze aanbieders ook zelf van vonden dat zij zich daarop onderscheidden van andere aanbieders. Twee andere aanbieders hadden een 'gemiddelde' overhead, maar gaven aan dit de komende jaren aanzienlijk te willen verlagen. In andere kostenposten waren geen duidelijke of opvallende kenmerken aanwezig. Figuur 16 geeft een samenvatting van deze bevindingen.



Figuur 16 –resultaten case studie (II/II)

[9] Het gemiddelde verzuimpercentage in de verpleeghuissector lag in 2014 op 5,4%. Zie CBS StatLine

6. Conclusies over de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering

Wij hebben bij een aantal goed presterende aanbieders gekeken naar kenmerken en de mate waarin deze gemeenschappelijk zijn. De algemene geldigheid van deze gemeenschappelijke kenmerken is per definitie beperkt; een causaal verband is immers niet aangetoond. De onderstaande conclusies vragen dan ook om een voorzichtige interpretatie.

De belangrijkste vier overeenkomsten gerelateerd aan het leiderschap tussen de onderzochte zorgaanbieders zijn (zie figuur 17):

1. **Consistent en meerjarig beleid:** bestuurders verbinden zich voor lange termijn aan beleid
2. **Attent werkgeverschap:** aandacht voor medewerkerstevredenheid en verzuim
3. ‘**MKB-mentaliteit’:** kritisch en praktisch kijken naar inkomsten, uitgaven en organisatie
4. **Weinig overhead:** weinig managementlagen, efficiënte ondersteunende diensten

Overeenkomsten tussen onderzochte organisaties zijn continuïteit beleid, attent werkgeverschap, MKB mentaliteit en lage overhead

29

Overeenkomsten tussen succesvolle aanbieders op basis van interviews

Wat?	Toelichting
1 **Consistent meerjarenbeleid** bestuurders verbinden zich voor lange termijn aan beleid en dragen dit actief uit	Aanbieders voerden voor langere tijd consistent beleid. Een aantal bestuurders werkte zelfs al meer dan 25 jaar bij de aanbieder
2 **Attent werkgeverschap** aandacht voor medewerkers-tevredenheid en verzuim	Eindejaar bonus, attenties bij vieringen, veel activiteiten voor personeel en cliënten, teamdagen voor reflectie
3 **‘MKB-mentaliteit’** kritisch en praktisch kijken naar inkomsten, uitgaven en organisatie	Korte lijnen, frequente en strakke sturing op financiën, ‘letten op de kleintjes’. Goed weten wat er speelt op alle locaties. Focus op waar het om draait: de cliënt en het team dat de zorg levert.
4 **Weinig overhead** weinig managementlagen, efficiënte ondersteunende diensten	1 managementlaag tussen RvB en uitvoering van de zorg.

Bron: analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

Figuur 17 – overzicht overeenkomsten in leiderschap tussen de onderzochte aanbieders

Daarnaast zien wij een drietal sterke andere overeenkomsten in de opbrengsten en kosten van de aanbieders (zie figuur 18):

1. **Goede afspraken zorgkantoor:** beperkte afslag op prijzen NZa
2. **Veel zorgpersoneel:** relatief hoge inzet van personeel op de werkvloer
3. **Weinig uitzendkrachten:** lage inzet uitzendkrachten t.o.v. sectorgemiddelde

Andere overeenkomsten tussen onderzochte organisaties zijn goede afspraken zorgkantoor, veel zorgpersoneel en weinig PNIL

30

Overeenkomsten tussen succesvolle aanbieders op basis van interviews

	Wat?	Toelichting
5	**Goede afspraken zorgkantoor** beperkte afslag op prijzen NZa	Twee van de vier organisaties hebben relatief gunstige prijsafspraken met het zorgkantoor over een langere periode
6	**Veel zorgpersoneel** relatief hoge inzet van personeel op de werkvloer	Drie organisaties zetten aantoonbaar personeel in op of boven de NZa norm (per ZZP)
7	**Weinig uitzendkrachten** lage inzet van uitzendkrachten ten opzichte van het gemiddelde in sector	Relatief lage inzet van uitzendkrachten, wel eigen flexibel personeel om schommelingen in de zorgvraag of ziekte op te vangen

Bron: analyse Gupta Strategists

Gupta Strategists

Figuur 18 – overzicht andere overeenkomsten tussen onderzochte aanbieders

7. Aanbevelingen voor verbeteren kwaliteit van zorg en bedrijfsvoering

In deze paragraaf beschrijven wij de aanbevelingen die wij doen om de kwaliteit van zorg en de bedrijfsvoering te verbeteren in de Nederlandse verpleeghuiszorg. Deze aanbevelingen volgen uit de gesprekken die wij met de betrokken aanbieders en andere stakeholders hebben gevoerd en onze analyses. Wij adviseren om aan de hand van deze aanbevelingen vervolgonderzoek te doen. Wij doen de volgende aanbevelingen:

Meer gestructureerde en tijdige meting van cliëntervaringen

De verpleeghuiszorg ziet zich geconfronteerd met een toenemende behoefte van interne en externe stakeholders om kwaliteit inzichtelijk te maken. Op dit moment ontbreken echter goede indicatoren om kwaliteit te meten. Huidige indicatoren als de CQ-index en zorginhoudelijke indicatoren worden breed gezien als onbruikbaar doordat ze te weinig actueel zijn of eigenlijk geen kwaliteit meten[10]. Doordat goede indicatoren ontbreken worden deze 'oude' indicatoren toch nog steeds gebruikt.

Wij zien grote kansen om het meten van cliëntervaringen op korte termijn in te zetten om kwaliteit snel, valide en transparant te maken. Het focussen op het meten en monitoren van cliëntervaringen biedt de kans om op korte termijn een alternatieve meting voor kwaliteit te vormen. Hiermee kan invulling gegeven worden aan de behoefte om kwaliteit op korte termijn sneller en beter inzichtelijk te maken. Tegelijk geeft de sector de ruimte om parallel hieraan in relatieve rust de ontwikkeling van meer zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. te meten. In paragraaf 7.1 verdiepen we dit onderwerp uitgebreid omdat we tijdens dit onderzoek constateerden dat de deelnemende instellingen en andere betrokkenen dit onderwerp zeer interessant, hoopvol en aansprekend vonden.

Wij adviseren aanbieders om bestaande instrumenten zeer actief te gebruiken. Zorgkantoren kunnen het gebruik van cliëntervaringen stimuleren door er een sterke weging aan te geven in de beloning. Zorgkantoren en VWS spelen een belangrijke rol spelen in standaardisatie en validatie van metingen, zodat ook de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid toeneemt. Er is regie nodig op dit dossier om tempo te kunnen maken.

Aandacht voor betrokkenheid medewerkers

De interactie tussen de zorgmedewerker en cliënt is één van de belangrijkste factoren die de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen beïnvloeden. De goed presterende instellingen stelden betrokkenheid van medewerkers centraal aan de hand van duidelijke kaders met daarbinnen veel vrijheid in combinatie met attent werkgeverschap. Alle instellingen waren overtuigd van het feit dat deze duidelijke kaders met vrijheid en attent werkgeverschap zorgde voor bovengemiddeld gemotiveerde medewerkers met een laag ziekteverzuim. Een gemotiveerde medewerker heeft een positieve uitstraling en bejegening richting de patiënt met positieve effecten op de (ervaren) kwaliteit. In een omgeving waar financiële druk ontstaat bestaat het risico dat snel wordt bezuinigd op 'de extraatjes' die de medewerkerstevredenheid direct raken met een mogelijk direct effect op de kwaliteit.

Mede door de bredere toegankelijkheid en acceptatie van nieuwe technologieën, ontstaan nieuwe en effectieve mogelijkheden om medewerkerbetrokkenheid beter en sneller in kaart te brengen.

[10] Bv. relatief veel valincidenten worden nu als 'slecht' gezien, wat zorgt voor lage meldingsbereidheid of maatregelen om voorkomen dat de patiënt te veel uit bed komt; dit geeft immers een risico op vallen. Dit heeft daarmee een aanzienlijk risico dat het tegenovergestelde van kwaliteit (van leven) wordt bereikt.

Daarnaast kunnen deze technologieën ook gebruikt worden om de door medewerkers ervaren kwaliteit van zorg in kaart te brengen. Het inzetten van deze technologieën door ouderenzorgaanbieder kan grote kansen bieden om de tevredenheid van en ervaren kwaliteit door medewerkers te monitoren en daarmee proactief te verbeteren. Dit kan daarmee ook de 'echte' kwaliteit van zorg verbeteren.

Wij adviseren aanbieders om veel aandacht te besteden aan betrokkenheid van medewerkers. VWS kan kennisdeling over dit onderwerp stimuleren, vergelijkbaar met het platform In Voor Zorg.

Hanteer een vorm van aansturing die MKB-cultuur en eenvoud stimuleert

Zoals beschreven in de resultaten hadden de betrokken instellingen de overeenkomstige kenmerk dat er een sterke 'MKB-cultuur' heerste; een platte organisatiestructuur met drie 'lagen', hands-on bestuur dat eigenwijs durft te zijn met integraal overzicht over de processen in het bedrijf en goede relatie binnen en tussen managementlagen. Deze structuur leek een belangrijke reden waardoor de aanbieders in staat waren relatief hoge medewerkerstevredenheid en kwaliteit te realiseren.

Op basis van deze bevindingen raden wij aanbieders aan om een aansturingsmodel te hanteren dat een dergelijke MKB-cultuur stimuleert. Met name voor grote aanbieders kan dit een aanzienlijk verandering van het besturingsmodel betekenen; voor deze instelling is het moeilijker om zich te beperken in het aantal managementlagen terwijl de span of control beheersbaar blijft. Het is aan te raden om hierin van andere aanbieders te leren die al een dergelijke transformatie hebben ondergaan.

Wij adviseren aanbieders om extra vaart te maken in de vereenvoudiging van de management structuur. Zorgkantoren kunnen de beweging extra stimuleren door overhead% en eenvoud management structuur mee te nemen als contractvoorwaarde.

Stimuleer intercollegiale kennisuitwisseling

Dit onderzoek laat zien dat een deel van de verpleeginstellingen structureel beter presteert dan anderen. Er liggen kansen voor minder goed presterende instellingen om te leren van goed presterende instellingen; wat werkt wel of niet? Instellen van bijvoorbeeld een 'buddy-systeem' tussen goed en minder goed presterende instelling kan intercollegiale kennisuitwisseling bevorderen. Hierin ligt een uitdaging voor de sector om te zorgen voor de prikkels waardoor het voor de goed presterende instellingen ook aantrekkelijk is om hun ervaringen en kennis ter beschikking te stellen aan anderen.

Ons advies aan zorgkantoren is om goed presterende aanbieders te stimuleren hun kennis te delen met anderen. Het is op termijn te overwegen voor zorgkantoren om kennisdeling als contractvoorwaarde op te nemen als extra stimulans. VWS zou kennisdeling kunnen stimuleren door uitwisseling te faciliteren, waarbij ook aandacht nodig is voor inzicht in welke aanbieders op verschillende thema's excellent presteren – dat inzicht is nu nog beperkt.

Creëer meerjarenzekerheid

Uit zowel het literatuuronderzoek als het casusonderzoek komt naar voren dat het creëren van meerjarenzekerheid een zeer belangrijke factor is om structureel goede bedrijfsvoering en kwaliteit de realiseren. Deze meerjarenzekerheid zit enerzijds in een duidelijke en consistente visie waarmee het bestuur (gesteund door de Raad van Toezicht) de organisatie leidt en inspireert.

Anderzijds speelt de continuïteit van financiering hierbij een belangrijke rol. In een omgeving waarbij er moeilijk beïnvloedbare onzekerheid bestaat ten aanzien van de in de toekomst te verwachten inkomstenstroom, wordt het moeilijk voor bestuurders om een meerjarenvisie en – beleid duurzaam te blijven volgen. Hierin ligt dus een uitdaging voor verzekeraars, zorgkantoren en het ministerie om zich maximaal in te spannen om dergelijke financiële zekerheid en duidelijkheid te kunnen bieden. Meerjarenovereenkomsten lijken hiervoor wenselijk.

Ons advies aan aanbieders is om te durven gaan voor meerjarencontracten en de verantwoordelijkheid voor prijs, volume en kwaliteit die daar bij zal horen. Wij adviseren VWS om in de regelgeving meer mogelijkheden te bieden voor meerjarenovereenkomsten, zodat zorgkantoren dit soort contracten kunnen sluiten en daarmee ook een forse stimulans kunnen geven aan aanbieders om te innoveren en zo de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Kies type en uitvoering veranderprocessen zorgvuldig

Uit de literatuur komt naar voren dat het essentieel is om een veranderproces wel overwogen te kiezen en te leren van wat wel en niet werkt in vorm en uitvoering. In veel verpleeghuizen is dit nog niet de praktijk[11]. De beperkte inzichten in wetenschappelijke onderbouwde interventies om zowel de kwaliteit als bedrijfsvoering te verbeteren in de zorg bevordert dit niet. Tot die tijd is het daarom aan te raden dat aanbieders zich bij het kiezen van een strategie om kwaliteit en bedrijfsvoering te verbeteren baseren op andere sectoren of op casus- gebaseerde kennis is de sector.

Stimuleer publicatie verbeterinitiatieven

Het uitgevoerde literatuuronderzoek laat zien dat het wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in de zorg nog onvolwassen is. Het ontbreken van goed beschreven en goed onderzochte methoden om deze verbetering te realiseren beperkt de mogelijkheden van de sector om snel en effectief in kwaliteit te verbeteren. Dit terwijl op lokaal niveau volop initiatieven bestaan op dit gebied[12]. Er ligt hierin een belangrijke uitdaging voor de sector om te zorgen dat dergelijke initiatieven i) 'wetenschappelijk'[13] worden uitgevoerd, ii) duidelijk worden beschreven en iii) toegankelijk worden gemaakt. Hoewel dit idealiter op internationaal niveau wordt aangepakt, kan Nederland hier, gezien haar goed georganiseerde ouderenzorg, een voortrekkersrol in spelen.

Wij adviseren zorgaanbieders om de verbinding met de wetenschap actief op te zoeken en de kruisbestuiving mogelijk te maken. Dat kan bijvoorbeeld gaan om ontsluiting van gegevens uit patiëntendossiers voor wetenschappelijk onderzoek. Ook zorgkantoren kunnen hierin een sterke rol spelen. Wij adviseren VWS om te onderzoeken hoe onderzoek naar de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering in verpleeghuizen gestimuleerd kan worden, met nadrukkelijke aandacht voor de opbouw van een goed wetenschappelijk klimaat en goede mogelijkheden voor onderzoek, ook in termen van beschikbaarheid van data.

De onderstaande tabel 2 geeft een samenvatting van deze adviezen aan aanbieders, zorgkantoren en VWS.

[11] J Am Med Dir Assoc. 2015. An Overview of Potential Labor-Saving and Quality-Improving Innovations in Long-Term Care for Older People. Thoma-Lürken T, Bleijlevens MH, et al.
[12] J Am Med Dir Assoc. 2015. An Overview of Potential Labor-Saving and Quality-Improving Innovations in Long-Term Care for Older People. Thoma-Lürken T, Bleijlevens MH, et al.
[13] (0-meting, transparant,

Tabel 2 – samenvatting adviezen

Advies	Aanbieder	Zorgkantoor	VWS
Meer gestructureerde en tijdige meting van cliëntervaringen	Actief gebruik bestaande en nieuwe instrumenten	Beloning voor cliëntervaring	Standaardisatie en validatie – stevige regie is nodig om verder te komen
Aandacht voor betrokkenheid medewerkers	Betrokkenheid leidend maken		Faciliteren kennisdeling
Hanteer een vorm van aansturing die MKB-cultuur en eenvoud stimuleert	Kies voor eenvoud in aansturing	Mogelijk belonen? (overhead%, eenvoud mgmt)	Faciliteren kennisdeling
Stimuleer intercollegiale kennisuitwisseling	Open stellen voor anderen, leren van elkaar	Kennisdeling als contractvoorwaarde	Vergroten inzicht in welke aanbieders op onderdelen excellent presteren
Creëer meerjarenzekerheid	Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit en volume in ruil voor meerjaren zekerheid	Sluiten meerjarige contracten op kwaliteit, volume en prijs	Mogelijk maken meerjarige contracten
Kies type en uitvoering veranderprocessen zorgvuldig	Gebruik maken van kennis andere aanbieders		Faciliteren kennisdeling
Stimuleer publicatie verbeterinitiatieven	Opzoeken kruisbestuiving met de wetenschap, open stellen data bronnen	Verbinden met de wetenschap	Stimuleren wetenschappelijk onderzoek, aandacht data infrastructuur

7.a Meet en monitor cliëntervaringen continu

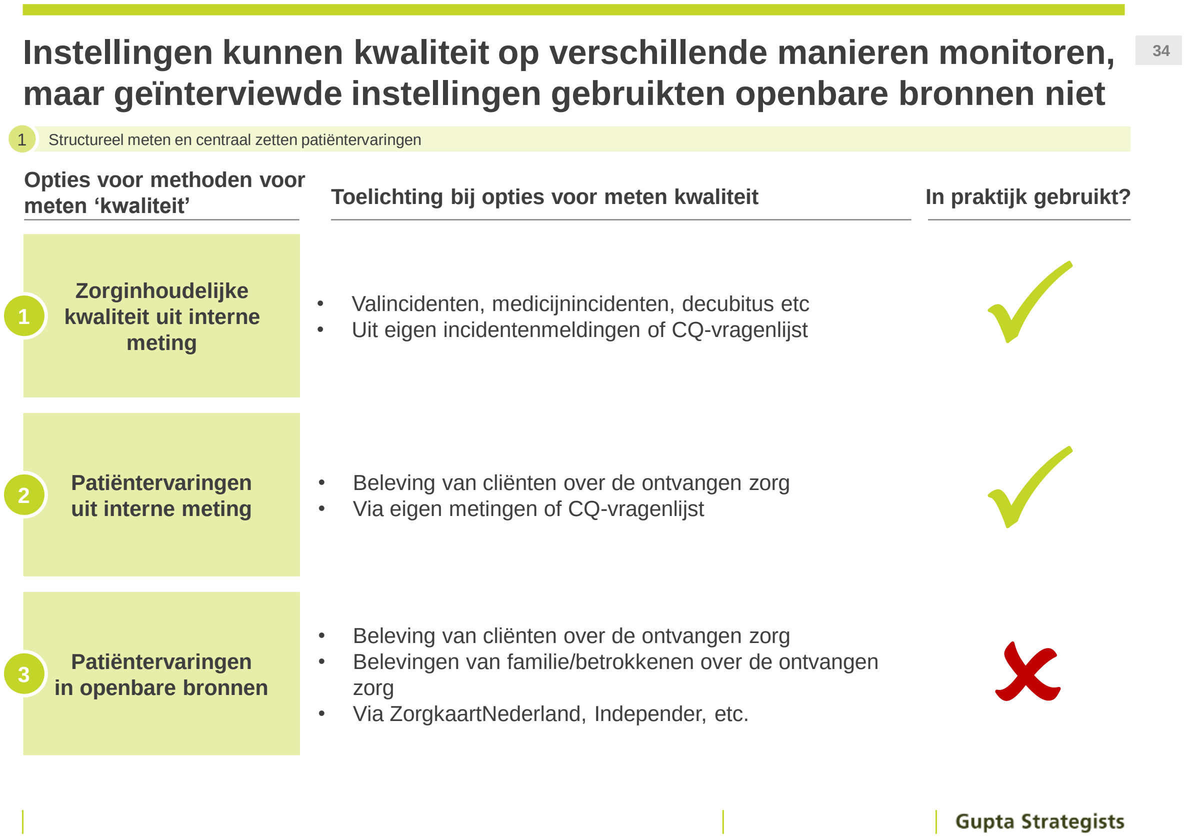
Alle betrokken stakeholders waren het erover eens dat inzicht in patiëntervaringen essentieel is om de kwaliteit van zorg en dienstverlening te kunnen verbeteren. Patiëntervaringen zijn sterk gerelateerd aan de kwaliteit van zorg. Daarnaast vormt de kwaliteit van leven, en dus in sterke mate de patiëntbeleving/-ervaring in de ouderenzorg voor velen een minimaal net zo belangrijke uitkomstmaat als de kwaliteit van zorg.

Alle aanbieders uit de case studies gebruikten patiëntervaringen uit interne metingen om de kwaliteit te monitoren. Echter, in de meeste gevallen gebruikt men hiervoor de CQ-index, net als bij het overgrote deel van de verpleeghuizen . Alle partijen waren echter van mening dat de CQ-index te weinig waarde heeft als het aankomt op het verbeteren van kwaliteit en dienstverlening. Dit heeft een aantal redenen:

1. De metingen gebeuren meestal een keer per twee jaar en bieden daarmee onvoldoende basis om structureel, snel en effectief aan kwaliteit te kunnen werken (het ‘mosterd na de maaltijd’ argument).
2. De metingen worden gezien als onvoldoende krachtig, omdat uitkomsten weinig discriminerend zijn.

3. De metingen zijn wellicht niet goed onderling vergelijkbaar, doordat metingen direct of indirect worden beïnvloed gezien het hoge belang van een goede score voor onder andere de zorginkoop.

Een aantal aanbieders heeft inmiddels zelf interne meetmethoden ontwikkeld aanvullend op de CQ-index. Deze eigen meetmethoden zorgen voor de mogelijkheid om patiëntervaringen frequenter en sneller te meten. De betrokken aanbieders gaven aan door deze instrumenten directer te kunnen sturen op basis van signalen en ervaringen.



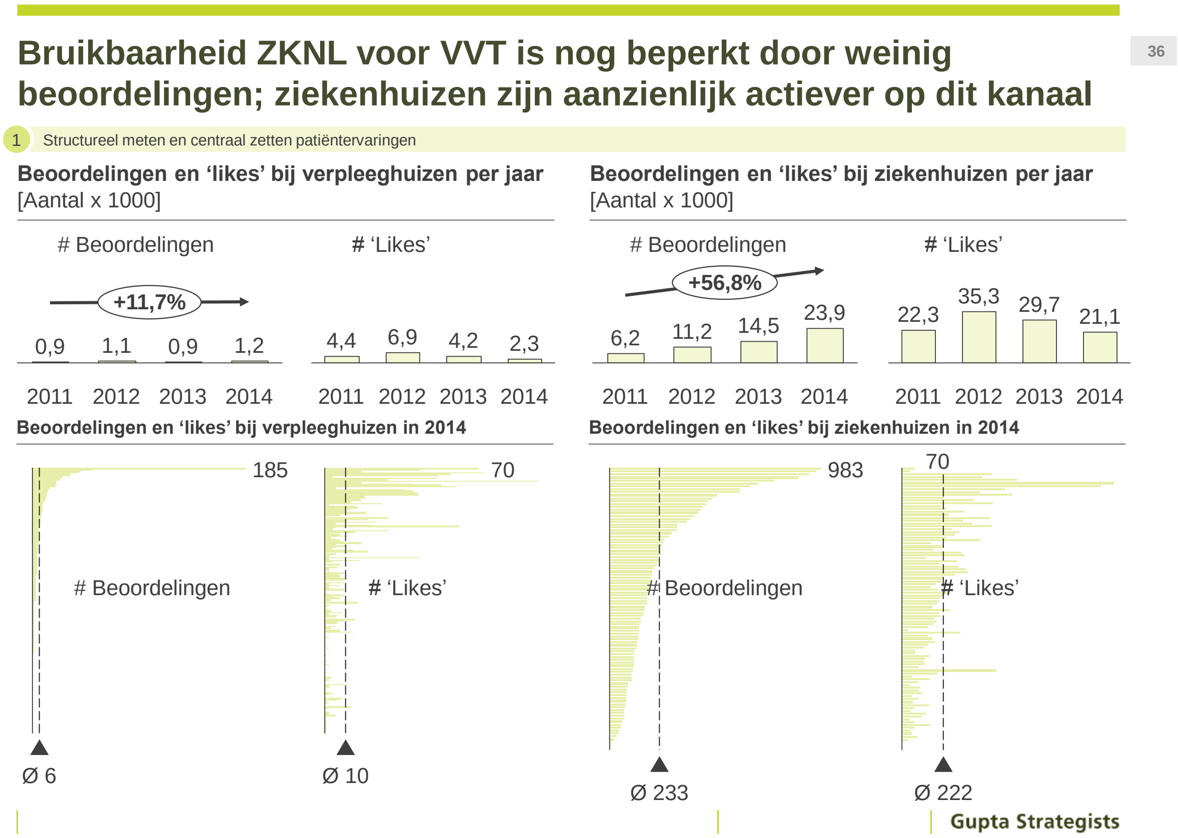
Figuur 19 – Overzicht van methoden om kwaliteit te meten in de verpleeghuiszorg en de mate waarin dit bij de case-study aanbieders werd gebruikt.

Opvallend is dat geen van de onderzochte aanbieders gebruik maakte van patiëntervaringen uit openbare bronnen (zie figuur 19) als basis voor kwaliteitsverbetering en / of platform om kwaliteitservaringen te verzamelen. Dit terwijl deze metingen een aantal voordelen hebben ten opzichte van andere meetmethoden:

1. **Continu meten**: Het meten van kwaliteit is niet beperkt tot vaste momenten, maar kan 24/7 plaatsvinden.
2. **Snelle directe bijsturing**: Slechte beoordelingen/kritieken kunnen direct gesignaleerd en vaak herleid worden tot de oorzaak obv de datum, locatie en omschrijving. Dit helpt om de ervaring te duiden en maakt directe bijsturing mogelijk.
3. **Lage kosten**: Het achterlaten en bekijken van een beoordeling op openbare websites is gratis. Er is hiervoor geen speciale software nodig.
4. **Transparantie**: Aanbieders kunnen direct aan alle stakeholders zien hoe goed de (ervaren) kwaliteit is.

5. **Valide**: Bij voldoende beoordelingen geven de resultaten/conclusies uit openbare bronnen zoals ZorgkaartNederland een valide beeld tav ervaren kwaliteit[14].

Het beperkte gebruik van ZorgKaartNederland in de verpleeghuiszorg wordt geïllustreerd door het beperkte aantal beoordelingen van verpleeghuizen (zie figuur 20); het gemiddeld aantal beoordelingen per instelling ligt per jaar momenteel op circa 10, met een enkele uitschieter naar boven tot 185 beoordelingen, maar het overgrote deel heeft geen tot een paar beoordelingen. Hiermee loopt de sector aanzienlijk achter op bijvoorbeeld ziekenhuizen. Hier is het aantal beoordelingen de afgelopen jaren met gemiddeld ruim 50% per jaar gestegen tot gemiddeld 233 beoordelingen per ziekenhuis per jaar in 2014 en met uitschieters tot bijna 1000 beoordelingen per jaar.



Figuur 20 – Overzicht van het gebruik van ZorgkaartNederland in de verpleeghuiszorg en ziekenhuiszorg

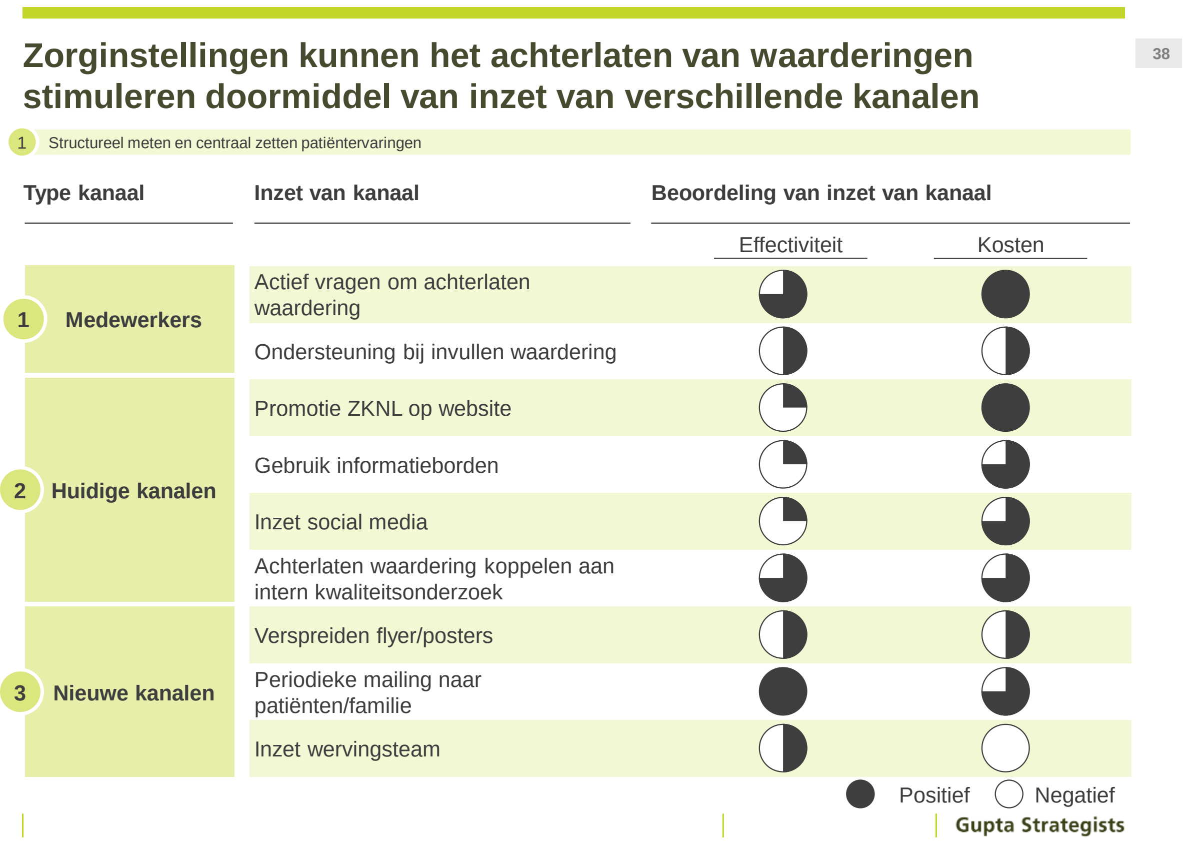
Het beperkte aantal beoordelingen in de sector leidt tot een kip-ei dilemma ('we gebruiken het niet omdat er bijna geen beoordelingen op staan' vs 'we gaan geen energie steken in het laten invullen van beoordelingen, want we gebruiken het niet'). Om ZorgkaartNederland een effectief instrument te maken is de eerste stap dat aanbieders energie moeten steken in het stimuleren dat patiënten, familie en andere stakeholders beoordelingen achterlaten op beoordelingssites. Verschillende initiatieven uit de praktijk laten zien dat het krijgen beoordelingen op ZorgKaartNederland effectief kan worden verhoogd:

- het OLVG stimuleert zijn artsen om na afloop van (polikliniek)bezoeken aan de patiënten te vragen een beoordeling achter te laten op ZorgKaartNederland. Goed voorbeeld hierin is internist G. Berk die hierdoor sinds half 2014 circa 25 beoordelingen per maand krijgt.

[14] Geesink, Koolman;2013; Geeft ZorgkaartNederland.nl een representatief beeld van de kwaliteit van zorgaanbieders?

- De Andros mannenkliniek vraagt patiënten, gekoppeld aan het eigen kwaliteitsonderzoek, een beoordeling achter te laten op ZorgKaartNederland. Als relatief kleine instelling krijgen zij gemiddeld circa 70 beoordelingen per maand.
- Het Deventer ziekenhuis stuurt eens per kwartaal een mailing stuurt aan al haar patiënten die de poli hebben bezocht met de vraag een beoordeling achter te laten op ZorgKaartNederland. Een dergelijke mailing per kwartaal levert hen circa 450 extra beoordelingen in die maand op.
- Het Tweesteden ziekenhuis heeft in februari 2014 gedurende een dag een wervingsteam in haar ziekenhuis op pad gestuurd om beoordelingen te ‘werven’. Dit leverde circa 70 extra beoordelingen op.

Deze voorbeelden laten in meer of mindere mate zien dat het goed mogelijk is om met relatief beperkte inspanning het aantal beoordelingen op kanalen als ZorgKaartNederland te verhogen. Er is echter niet één optimale strategie die past bij alle type instellingen in alle type situaties. Figuur 21 geeft een overzicht van de mogelijke kanalen die gebruikt kunnen worden om het aantal beoordelingen te verhogen, op welke manier dit kanaal gebruikt kan worden en geeft een inschatting van de effectiviteit en kosten van dit kanaal. Wij hopen dat dit overzicht instellingen en belangenorganisatie inspireert om dit onderwerp breed op te pakken.



Figuur 21 – Overzicht van het mogelijk kanalen die zorgaanbieders kunnen inzetten om het aantal beoordelingen op ZorgkaartNederland te verhogen

De aanbieders waren enthousiast om cliëntervaringen op de hiervoor beschreven manier te gebruiken om op korte termijn de kwaliteit van zorg beter en sneller in kaart te brengen en te gebruiken als basis om de kwaliteit verder te verbeteren. Doordat dergelijke instrumenten in de zorg nog in de kinderschoenen staat is het onduidelijk of de cliënt-ervaringen inderdaad een

goede indicator zijn voor kwaliteit (van leven) en welke instrumenten het meeste effectief zijn om het achterlaten van ervaringen te meten en monitoren. Het is daarom wenselijk om hiernaar meer onderzoek te doen. Ook is het noodzakelijk dat er toegankelijke instrumenten komen waarmee beoordelingen structureel verzameld kunnen worden. Denk hierbij aan gebruiksvriendelijke apps, 'tabletzuilen', systemen om mensen uit te nodigen om beoordelingen achter te laten etc. Stakeholders moeten hierin bepalen welke rol door welke partij kan/moet worden ingenomen in ontwikkeling en implementatie; VWS, Actiz, Vilans en/of de zorgaanbieders. Tot slot is het essentieel dat er ook instrumenten beschikbaar komen waarmee aanbieders beoordelingen op een effectieve manier kunnen monitoren, van bestuursniveau tot aan de werkvloer. Wij hopen dat dit verdieping aanbieders en belangenorganisaties inspireert om dit onderwerp breed op te pakken.

8. Bijlagen

8.a Verdere toelichting onderzoeksopzet breed aanbiedersonderzoek

Naar aanleiding van het IGZ-rapport is op basis van openbare bronnen de relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering onderzocht

40

Kwaliteit

- CQ-index
- Zorgkaart Nederlandscore
- Zorginhoudelijk indicatoren

Kies Beter, Zorgkaart Nederland, DigiMV

Marktprestatie

- Productiegroei intramurale zorg
- Concurrentie
- Praktijkvariatie

Jaarverslagen, DigiMV, CAK, CBS

Operationele prestatie

- Bedieningskosten arbeid
- Bedieningskosten inkoop
- Arbeidsproductiviteit
- Kosten per FTE
- Verzuim
- Verloop

Jaarverslagen, DigiMV

Financiële prestatie

- Winstgevendheid
- Eigen vermogen

Jaarverslagen, DigiMV

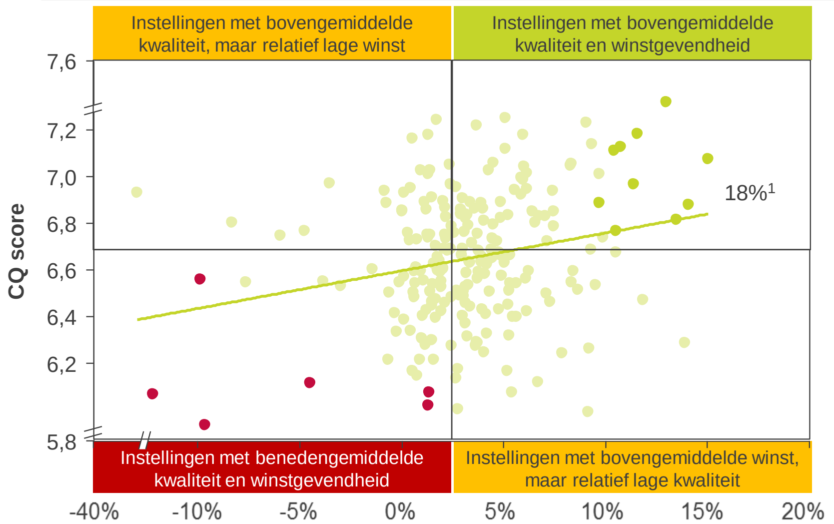
Bron: Gupta Strategists

Gupta Strategists

Aanzienlijke variatie in score op CQ-index en winstmarge in de VVT

15

Correlatie tussen CQ-index en winstgevendheid
[1 tot 10 vs. % van omzet, 2012]



Aanbieders die binnen de landelijke regels en financiering aanzienlijk hogere winst boeken met een (zeer) goede CQ-score

Aanbieders die binnen de landelijke regels en financiering verlies maken en qua CQ-score ondergemiddeld scoren

1) Correlatie van 100 betekent perfecte positieve samenhang. Bv Hoge CQ gaat samen met hoge winst en vice versa. Correlatie van -100 betekent een perfecte negatieve samenhang. Bv Hoge CQ gaat samen met laag verzuim. Correlatie van 0 betekent geen lineair verband. Bepaald over VVT-aanbieders met voornamelijk intramurale zorg (n=272).
Bron: jaarverslagen VVT-instellingen, Zorgcijfersdatabank, Kies Beter, Gupta Strategists

Gupta Strategists

8.b Verdere toelichting onderzoeksopzet literatuuronderzoek

De literatuurstudie is in drie stappen gestructureerd uitgevoerd

41

Onderzoekmethode literatuurstudie

		1	2	3	
Stap	Scope bepalen	Zoektocht naar literatuur voorbereiden	Literatuur zoeken	Literatuur samenvatten	Output: overzichts-tabel van literatuur
Fases in stap		• Opstellen van zoektermen • Bepalen van zoekmedium	• Zoeken op combinatie van zoektermen • Beoordelen van resultaten op titel en abstract • Downloaden van volledige artikel	• Maken van formulier met benodigde artikel eigenschappen • Invullen van formulier voor ieder artikel • Samenvoegen van alle formulieren in één overzichtstabel	

Bron: Gupta Strategists

Gupta Strategists

In stap 1 zijn voor kwaliteit, bedrijfsvoering en zorgniveau verschillende zoektermen opgesteld en is het zoekmedium bepaald

42

Onderzoekmethode literatuurstudie

		1	2	3	
Stap	Scope bepalen	Zoektocht naar literatuur voorbereiden	Literatuur zoeken	Literatuur samenvatten	Output: overzichts-tabel van literatuur

Fases in stap				
	Opstellen van zoektermen	**Kwaliteit** Quality Net promotor score Incidents Mistakes Complaints Complications Satisfaction Waste	**Bedrijfsvoering** Costs Productivity Absenteeism Profit Financial result Efficiency Operations Finance Operational excellence Reimbursements	**Zorg** Elderly care Elderly homes Care homes Nursing homes Hospital Healthcare Health care
	Bepalen van zoekmedium	• Gekozen voor scholar.google.com als zoekmedium		

Bron: Gupta Strategists

Gupta Strategists

In stap 2 is in drie verschillende fases bruikbare literatuur gezocht, gescreend en in volledige tekst aangevraagd

43

Onderzoekmethode literatuurstudie

Stap	Scope bepalen	1 Zoektocht naar literatuur voorbereiden	2 Literatuur zoeken	3 Literatuur samenvatten	Output: overzichtstabel van literatuur

Fases in stap	
Zoeken op combinatie van zoektermen	• Alle zoekcombinaties maken van zoektermen voor kwaliteit, bedrijfsvoering en zorgniveau (480) • Zoekcombinaties zoeken in google scolar
Beoordelen van resultaten op titel en abstract	• Per zoekcombinatie de eerste 10 resultaten bekijken en titel beoordelen • Samenvatting van artikel met interessante titel beoordelen • Als eerste 10 resultaten meer dan 4 relevante artikelen heeft, dan volgende 10 resultaten beoordelen, anders doorgaan met volgende zoekcombinatie
Zoeken in referentielijsten	• Referentielijst van relevante artikelen doorlopen en titel en abstract beoordelen • Artikelen die naar relevante artikelen verwijzen bekijken en beoordelen
Opvragen van volledige artikel	• Artikelen met relevante abstract opzoeken en aanvragen

Bron: Gupta Strategists

Gupta Strategists

In stap 3 is ieder artikel gestandaardiseerd samengevat en gescoord

44

Onderzoekmethode literatuurstudie

Stap	Scope bepalen	1 Zoektocht naar literatuur voorbereiden	2 Literatuur zoeken	3 Literatuur samenvatten	Output: overzichtstabel van literatuur

Fases in stap			
Bepalen te verzamelen gegevens studies	• Titel • Auteur • Jaar • Blad	• Type studie • Zorgsegment • Korte samenvatting • Kwaliteitsindicator	• Bedrijfsvoeringindicator • Getoetste associatie • Uitkomst
Samenvatten en score van artikelen	• Artikelen lezen • Per artikel benodigde eigenschappen in formulier invullen		
Samenvoegen resultaten artikelen	• Een overzichtstabel opstellen waarin van ieder artikel de eigenschappen zijn verwerkt		

Bron: Gupta Strategists

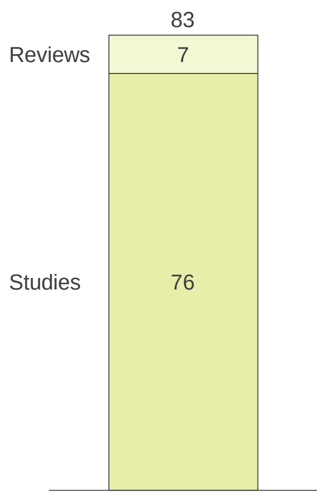
Gupta Strategists

83 artikelen over kwaliteit en bedrijfsvoering in de zorg waarvan 7 review papers en 76 studies, merendeel over ziekenhuiszorg

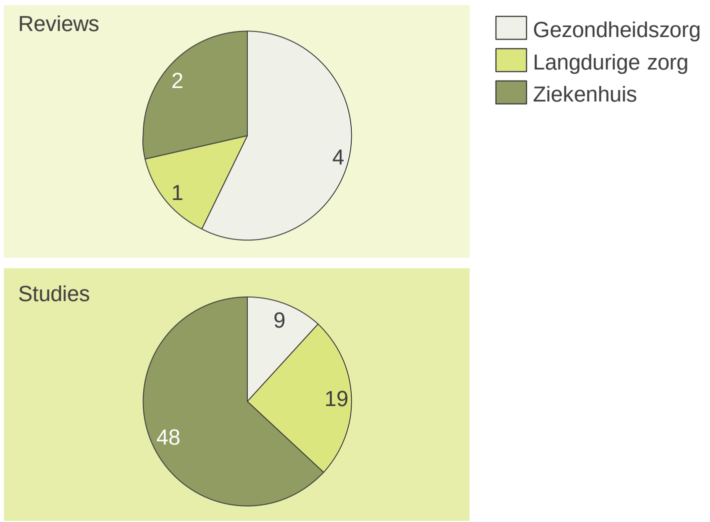
41

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Verdeling artikelen naar type



Verdeling naar onderzoeksgebied van artikel



Bron: Gupta Strategists

Gupta Strategists

Van de 76 gevonden studies laten 24 een negatieve relatie laten zien tussen kwaliteit en kosten terwijl 22 een positieve relatie aantonen

42

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Aantal gevonden studies per zorgcategorie per gevonden relatie tussen kwaliteit en kosten

Zorgcategorie						=	?	Totaal
Gezondheidszorg	3	3	0	1	2	0	1	10
Ziekenhuiszorg	15	13	6	6	1	1	6	48
Langdurige zorg	6	6	3	1	2	0	0	18
Totaal	24	22	9	8	5	1	7	76

Uitleg relatie tussen kwaliteit en bedrijfsvoering:

- Negatieve relatie tussen kwaliteit en kosten
- Positieve relatie tussen kwaliteit en kosten
- = Kwaliteit verandert bij gelijkblijvende kosten
- ? Uitkomst onderzoek geeft geen uitsluitsel
- Relatie tussen kwaliteit en kosten is verschillend
- Relatie tussen kwaliteit en kosten is verschillend maar vaker negatief
- Relatie tussen kwaliteit en kosten is verschillend maar vaker positief

Bron: Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van de zeven review artikelen (1/2)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Titel van review artikelen en korte samenvatting

1 Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care	Evaluatie studies laten zien dat er verschillende interventies zijn die naast het verbeteren van de kwaliteit ook de kosten verlagen. De studie berust op 5 evaluatie studies van beperkte omvang
2 Improving safety and eliminating redundant tests: cutting costs in U.S. hospitals	Het voorkomen van alle vermijdbare complicaties zal resulteren in een besparing van13 mjd euro per jaar (5,5% van totale zorgkosten). Het laten vervalen van onnodige onderzoeken zal nog eens een besparing van 6 mjd euro opleveren (2,7%)
3 Does improving quality save money?	Slechte kwaliteit en bijwerkingen komen vaak voor in de gezondheidszorg en zijn kostbaar. Sommige interventies zijn effectief maar overstijgen de kosten die bespaard kunnen worden. Contextfactoren beïnvloeden de vraag of geld kan worden bespaard met kwaliteitsverbetering
4 Care work and quality of care for older people	Er zijn verschillende studies die de relatie bevestigen tussen hogere medewerkerstevredenheid en hoger kwaliteit van ouderenzorg. Het resultaat is echter niet consistent en de auteurs concluderen dan ook dat de relatie niet wetenschappelijk kan worden aangetoond

Bron: Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van de zeven review artikelen (2/2)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Titel van review artikelen en korte samenvatting

5 Does clinical coordination improve quality and save money? Vol. 1+2	Door betere coördinatie van zorg in combinatie met andere veranderingen kunnen geld besparen en de kwaliteit voor sommige patiënten verbeteren. Dit komt voornamelijk door betere overdracht, modellen voor die resulteren in minder opnames en modellen voor preventie van chronische ziektes
6 The association between health care quality and cost	Er is geen consistent beeld van de relatie tussen kwaliteit en zorgkosten. Veel studies hebben aangetoond dat de associatie klein is ongeachte of de relatie negatief of positief is
7 The costs of poor quality and adverse events in health care	In de Westerse gezondheidszorg worden veel vermijdbare fouten gemaakt (medicatiefouten) of lopen patiënten vermijdbare verwondingen op (decubitus). Studies tonen aan dat deze vermijdbare incidenten gepaard gaan met hoge kosten

Bron: Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van studies (1/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Anderson et al	1998	Langdurige zorg	Kosten per bewoner per dag vs. uitkomsten zorg	↑
Anderson et al	2003	Langdurige zorg	Regeldruk, open communicatie, zelfsturing vs. botbreuken, agressie, vrijheidsbeperkingen	↓
Auerbach et al	2010	Ziekenhuiszorg	Ziekenhuiskosten vs. gebruik van protocollen	↓↑
Baicker and Chandra	2004	Ziekenhuiszorg	Medicare betalingen vs. uitvoeren van 24 verschillende proces maatregelen	↓
Baicker et al	2006	Ziekenhuiszorg	Keizersnee bevalling vs. mortaliteit	?
Barnato et al	2010	Ziekenhuiszorg	Behandelintensiteit vs. mortaliteit	↑

Bron: Scholar.google.com, Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van studies (2/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Ben-Tovim et al	2008	Ziekenhuiszorg	Aantal SEH bezoeken (met zelfde capaciteit) vs. Wachttijden, volgen protocol, heropnames, klachten	↓
Berwick et al	2012	Gezondheidszorg	Zorgkosten vs. overbehandeling, verkeerde coördinatie, fouten in uitvoering zorg, complexe administratie, verkeerde prijzen, fraude en mishandeling	↓
Birkmeyer et al	2012	Ziekenhuiszorg	Zorgkosten tot 30 dagen na ontslag vs. mortaliteit binnen 30 dagen na OK	↓↑
Bowers et al	2000	Langdurige zorg	Hoger niveau en meer personeel vs. goede relatie personeel en cliënt (vanuit personeel)	↑
Bradbury et al	1994	Ziekenhuiszorg	Kosten per ontslagen patiënt vs. mortaliteit in ziekenhuis	↓↑
Bradbury et al	1997	Ziekenhuiszorg	Kosten per ontslagen patient vs. morbiditeit in ziekenhuis	↓

Bron: Scholar.google.com, Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van studies (3/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Bradbury et al	2000	Ziekenhuiszorg	Totale kosten vs. mortaliteit en morbiditeit in ziekenhuis	👍💶↓
Byrne et al	2007	Ziekenhuiszorg	Risicofinanciering vs. mortaliteit	❓
Carey and Burgess	1999	Ziekenhuiszorg	Variabele kosten van ziekenhuis vs. mortaliteit binnen 30 dagen of terugkomen van ziekte binnen 14 dagen, follow-up bezoek binnen 30 dagen	👍💶↓↑
Castle and Engberg	2005	Langdurige zorg	Verloop personeel vs. vrijheidsbeperking, katheters, contracturen, decubitus, psychoactieve middelen, kwaliteitsgebreken	👍💶↓
Chen et al	2010	Ziekenhuiszorg	Kosten per ontslagen patiënt vs. proces van zorg, mortaliteit binnen 30 dagen of terugkomen van ziekte	👍💶↓↑
Cohen and Spector	1996	Langdurige zorg	Kosten per dag vs. mortaliteit, verandering in functioneren, decubitus, verplegend personeel per 100 inwoners	👍💶↓⬆

Bron: Scholar.google.com, Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van studies (4/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Cooper	2009	Gezondheidszorg	Medicare uitgaves per capita vs. prestaties van Staat op gezondheidszorg	👍💶↑
Cunningham	2009	Ziekenhuiszorg	Eigen bijdrage t.o.v. verzekering vs. patiëntvertrouwen in arts	👍💶↓
Deily and McKay	2006	Ziekenhuiszorg	Kosteninefficiëntie van ziekenhuis (verschil met goedkoopste) vs. mortaliteit in ziekenhuis	👍💶↑
Doyle	2007	Ziekenhuiszorg	Kosten per ontslagen patiënt vs. mortaliteit tussen 30dagen en 1 jaar	👍💶↑
Doyle et al	2012	Ziekenhuiszorg	Uitgaves in laatste 6 maanden vs. mortaliteit	👍💶↑
Englesbe et al	2009	Ziekenhuiszorg	Uitgaves voor outliers en patiënten die terugkeren voor klacht vs. ratio tussen aantal transplantaties en 3-dagen mortaliteit	👍💶↓

Bron: Scholar.google.com, Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van studies (5/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Fenton et al	2012	Gezondheidszorg	Uitgave per capita per jaar vs. patiënttevredenheid met communicatie	
Fisher et al	2003	Ziekenhuiszorg	Uitgaves in eerste 6 maanden na opname vs. patiënten die juiste behandeling hebben gekregen, juiste arts hebben gezien, mortaliteit, afname in functioneren en patiënttevredenheid	
Fisher et al	2004	Ziekenhuiszorg	Uitgaves in eerste 6 maanden na opname vs. uitvoeren van protocol en 5-jarige mortaliteit	
Fleming	1991	Ziekenhuiszorg	Variabele kosten vs. werkelijke t.o.v. verwachte mortaliteit of terugkomen van ziekte	
Fowler et al	2008	Gezondheidszorg	Uitgaves Medicare per capita vs. ervaren onbeantwoorde zorgvraag en ervaren kwaliteit van zorg	
Fu and Wang	2008	Ziekenhuiszorg	Kosten per capita vs. patiëntwaardering	

Bron: Scholar.google.com, Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van studies (6/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Gao et al	2011	Ziekenhuiszorg	Kosten vs. patiëntervaring met kwaliteit	
Garavaglia et al	2010	Langdurige zorg	Zorgkosten en woonkosten vs. extra-uren zorg en bereidheid eigen bijdragen	
Glance et al	2010	Ziekenhuiszorg	Kosten per opname vs. verwacht t.o.v. benchmark mortaliteit	
Grabowski	2001	Langdurige zorg	Kosten per instelling vs. medicijnfouten, kathetergebruik, voedingskatheters, vrijheidsbeperkingen, instellingstekortkomingen, verplegend personeel per 100 inwoners, decubitus	
Hadley et al	2011	Gezondheidszorg	Kosten per capita vs. mortaliteit na 3 jaar	
Hicks et al	2004	Langdurige zorg	Kosten per patiënt vs. afname dagelijkse activiteiten, decubitus, gewichtsverlies, psychotrope medicatie	

Bron: Scholar.google.com, Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van studies (7/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Huerta et al	2008	Ziekenhuiszorg	Inefficiëntie (uitgaves t.o.v. zorg) vs. score voor structuur ziekenhuis	↓
James et al	2011	Ziekenhuiszorg	Kosten per behandeling vs. complicaties	↓
Jha et al	2009	Ziekenhuiszorg	Verwacht t.o.v. werkelijke kosten vs. 30-dagen mortaliteit	↓↑
Kaestner and Silber	2010	Ziekenhuiszorg	Kosten per opname vs. 30-dagen mortaliteit	↑
Kralewski et al	2011	Ziekenhuiszorg	Kosten per service, procedure of medicijnvoorschrijving vs. 6 protocollen	?
Lagu et al	2011	Ziekenhuiszorg	Kosten vs. mortaliteit in ziekenhuis	=

Overzicht van studies (8/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Laine et al	2004	Langdurige zorg	Efficiëntie vs. decubitus en onbehandelde depressie	↑
Laine et al	2005	Langdurige zorg	Personeelskosten vs. 41 indicatoren zoals decubitus, depressie, bedlegerigheid	↑
Laine et al	2003	Langdurige zorg	Inefficiëntie vs. decubitus, antidepressie- en slaapmedicijnen	↑
Landrum et al	2008	Ziekenhuiszorg	Uitgaves in eerste 6 maanden na opname vs. mortaliteit en 3 jaar na colorectale kanker	↓↑
MacArthur	2012	Gezondheidszorg	Zorgkosten vs. verschillende kwaliteitsindicatoren	↓
Mangione et al	2006	Gezondheidszorg	Behandelintensiteit vs. screening op typische diabetes symptomen en voorkomen van symptomen	↓↑

Overzicht van studies (9/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Marshal and Øvretveit	2011	Ziekenhuiszorg	Besparingen vs. verschillende kwaliteitsindicatoren	↓
McKay and Deily	2008	Ziekenhuiszorg	Kosteninefficiëntie vs. mortaliteit in ziekenhuis	?
Moiden	2003	Langdurige zorg	Efficiëntie vs. aantal klachten en medewerkerstevredenheid	↓
Morey et al	1992	Ziekenhuiszorg	Kosteninefficiëntie vs. Verwacht t.o.v. werkelijk mortaliteit in ziekenhuis	↑
Mukamel and Spector	2000	Langdurige zorg	Kosten instelling vs. afname dagelijkse activiteiten, decubitus, 6-maanden mortaliteit	↓↑
Mukamel et al	2002	Ziekenhuiszorg	Kosten per ontslagen patiënt vs. mortaliteit	↑

Bron: Scholar.google.com, Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van studies (10/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Mukamel et al	2001	Ziekenhuiszorg	Kosten per opname vs. 30-dagen mortaliteit	↑
Ong et al	2009	Ziekenhuiszorg	Kosten per ontslagen patiënt vs. 180-dagen mortaliteit	↑
Ott en van Dijk	2005	Langdurige zorg	Personeelsbeleid vs. clienttevredenheid	↓
Picone et al	2003	Ziekenhuiszorg	Kosten voor opname vs. 2-jaar mortaliteit	↑
Romley and Goldman	2008	Ziekenhuiszorg	Kosten per ontslagen patiënt vs. keuze patiënt voor ziekenhuis	↑
Romley et al	2011	Ziekenhuiszorg	Uitgaves in laatste 2 jaar van patiënten met chronische ziekte vs. mortaliteit in ziekenhuis	↑

Bron: Scholar.google.com, Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van studies (11/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Rosenthal et al	2008	Ziekenhuiszorg	Betaling per episode van zorg vs. behandelaar aangesloten bij keurmerk	
Roski et al	2008	Gezondheidszorg	Werkelijke t.o.v. van verwachte uitgaves vs. ontvangen van specifieke diabeteszorg	
Saleh et al	2012	Ziekenhuiszorg	Kosten per ontslagen patiënt vs. goed geleverde zorg	
Schnelle et al	2004	Langdurige zorg	Personeel per cliënt vs. voedselinname, activiteiten, incontinentie, beweging, in bed liggen	
Schreyögg and Stargardt	2010	Ziekenhuiszorg	Kosten vs. 1-jaar mortaliteit	
Silber et al	2010	Ziekenhuiszorg	Uitgaves in laatste maanden vs. 30-dagen mortaliteit en complicaties	

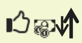
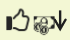
Bron: Scholar.google.com, Gupta Strategists

Gupta Strategists

Overzicht van studies (12/12)

8a Verdieping methoden en resultaten literatuurstudie

Studies op alfabetische volgorde naar auteur met eigenschappen

Auteur	Jaar	Segment	Getoetste associatie	Gevonden relatie
Sirovich et al	2006	Ziekenhuiszorg	Uitgaves in eerste 6 maanden na opname vs. ervaring arts hoe goed hij zorg kan aanbieden	
Solberg et al	2002	Ziekenhuiszorg	Betalingen per patiënt per jaar vs. protocollen voor depressie, astma, diabetes	
Starfield et al	1994	Gezondheidszorg	Jaarlijkse uitgaven per capita vs. aantal SEH bezoeken, conditie-afhankelijke protocollen opstellen, status van diabetes	
Stolt et al	2010	Langdurige zorg	Personeelskosten per cliënt vs. keuzevrijheid voeding en meebepalen in eigen zorgplan cliënt	
Vahey et al	2004	Ziekenhuiszorg	Goede werkcultuur vs. patiënttevredenheid en burn-out ratio	
Weech-Maldonado et al	2003	Langdurige zorg	Totale kosten per patiënt vs. vrijheidsbeperkingen, katheters, mentale prestaties, humeur afname, decubitus, personele bezetting	

Bron: Scholar.google.com, Gupta Strategists

Gupta Strategists